Deutscher Bundestag **Drucksache 19/14871**

19. Wahlperiode 06.11.2019

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/13397, 19/13547 –

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

A. Problem

Die Gesetzesinitianten stellen fest, dass die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in den letzten Jahren zunehmend kritisch hinterfragt worden sei. Die im Auftrag der Krankenkassen durch die MDK durchgeführten Abrechnungsprüfungen führten zu einer Vielzahl von Streitigkeiten. Zudem entstehe durch die ineffiziente Ausgestaltung der Abrechnung von Krankenhausleistungen sowie der derzeitigen Form der Krankenhausrechnungsprüfung ein erheblicher Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten.

B. Lösung

Die Initianten des Gesetzentwurfs erklären, dass die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gestärkt und ihre Unabhängigkeit gewährleistet werden müsse. Zudem müsse durch bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen die Wahrnehmung ihrer Aufgaben sichergestellt werden. Um diese Ziele erreichen zu können, bedarf es einer Reform der Organisation der MDK sowie einer Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/13397, 19/13547 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich aus den Regelungen des Gesetzes keine Mehrausgaben. Die Einführung von Prüfquoten ab dem Jahr 2020 wirkt sich auf die Summe der Rückzahlungsbeträge der Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen und auf die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausleistungen wie folgt aus: Durch die Verringerung des Prüfumfangs ist zunächst mit einer Verminderung der Rückzahlungsansprüche der gesetzlichen Krankenkassen zu rechnen. Die gesetzliche Vorgabe von Prüfquoten könnte allerdings dazu führen, dass die Krankenkassen gezieltere Prüfungen veranlassen, durch die sie einen höheren durchschnittlichen Rückzahlungsbetrag je Fall erreichen, so dass geringe Prüfquoten teilweise kompensiert werden könnten. Durch die Einführung von krankenhausseitig zu zahlenden Aufschlägen auf die Differenzbeträge, die sich aus dem ursprünglichen Abrechnungsbetrag des Krankenhauses und dem nach der Abrechnungsprüfung geminderten Abrechnungsbetrag ergeben, erzielen die Krankenkassen ab dem Jahr 2021 Mehreinnahmen. Auf der Ausgabenseite der Krankenkassen wird es ab dem Jahr 2020 zu Minderausgaben kommen, da mit einer Reduzierung des Prüfumfangs auch eine Verminderung des Volumens der von den Krankenkassen zu zahlenden Aufwandspauschalen erreicht wird und die Inanspruchnahme der MD für Krankenhausabrechnungsprüfungen reduziert wird. Da die Mehr- und Minderausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen von vielen Faktoren abhängig sind, deren Entwicklung nicht auf einer soliden Basis kalkuliert werden kann, ist insgesamt eine Quantifizierung der Mehr- oder Minderausgaben nicht möglich. Ab dem Jahr 2022 ist ein weiterer Effekt zu berücksichtigen: Durch die Erweiterung des bisherigen Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe ist eine Verlagerung von stationären Leistungen in den Bereich der ambulant erbrachten Krankenhausleistungen zu erwarten. Je 1 Prozent der stationären Fälle, die ambulant behandelt werden können, ist für die Krankenkassen mit Einsparungen in Höhe von rund 120 Millionen Euro zu rechnen. Werden mehr Fälle ambulant statt stationär behandelt, sinkt dadurch auch die Notwendigkeit einer Überprüfung der primären Fehlbelegung, so dass sich in der Folge die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen vermindern. Dadurch können weitere Einsparungen in niedriger einstelliger Millionenhöhe erzielt werden. Für das von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vergebende Gutachten im Bereich der ambulant durchführbaren Operationen, sonstigen stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen sind Kosten in Höhe von höchstens 400 000 Euro zu veranschlagen, die anteilig von den Vertragspartnern zu tragen sind. Zukünftig wird sichergestellt, dass ein Krankenhaus nach einer Fehlbelegungsprüfung, in der festgestellt wird, dass eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen hat, für die von ihm erbrachten vollstationären Leistungen zumindest eine Vergütung erhält, die bei einer vorstationären Behandlung abrechenbar gewesen wäre. Dies gilt in den Fällen, in denen keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistungen besteht. Die damit einhergehenden Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung dürften im mittleren einstelligen Millionenbereich liegen. Aufgrund fehlender bundesweiter Informationen zu Prüfanlässen, Erfolgsquoten und Frequenzen in der Abrechnung von vorstationären Behandlungen kann eine exaktere Quantifizierung nicht erfolgen.

E. Erfüllungsaufwand

Durch dieses Gesetz entsteht der Verwaltung quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Verwaltung beläuft sich auf rund 3,5 Millionen Euro, der jährliche Erfüllungsaufwand auf rund 1,8 Millionen Euro.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Die Neuregelungen sind mit keinem Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger verbunden.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Neuregelungen sind mit geringem, nicht quantifizierbarem Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft verbunden.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3,5 Millionen Euro. Davon entfallen rund 290 000 Euro auf die Bundesebene, rund 170 000 Euro auf den Bundeshaushalt, rund 1,2 Millionen Euro auf die Landesebene und rund 1,9 Millionen Euro auf die Krankenkassen auf der Ortsebene. Die Reform der Organisationsstrukturen der MD, die Umsetzung der Einzelfallprüfung im Rahmen eines gestuften Prüfsystems, die Erstellung einer Jahresstatistik zur Erhöhung der Transparenz über das Prüfgeschehen und die zukünftige Live-Übertragung von Sitzungen des G-BA führen zu jährlichem Erfüllungsaufwand von rund 1,8 Millionen Euro. Davon entfallen rund 150 000 Euro auf die Bundesebene, rund 100 000 Euro auf den Bundeshaushalt, rund 860 000 Euro auf die Landesebene und rund 720 000 Euro auf die Krankenkassen auf der Ortsebene.

F. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen. Die sich aus dem Gesetz ergebenden Mehrausgaben für die private Krankenversicherung belaufen sich schätzungsweise auf einen mittleren sechsstelligen Betrag. Aufgrund fehlender bundesweiter Informationen zu Prüfanlässen, Erfolgsquoten und Frequenzen in der Abrechnung von vorstationären Behandlungen kann eine exaktere Quantifizierung nicht erfolgen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13397, 19/13547 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Berlin, den 6. November 2019

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüddel
Vorsitzender

Lothar Riebsamen
Berichterstatter

Claudia Moll
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Harald Weinberg
Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)
– Drucksache 19/13397, 19/13547 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen	**Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen**
(MDK-Reformgesetz)	**(MDK-Reformgesetz)**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
	a) In der Angabe zum Neunten Kapitel werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen und wird die Angabe „§§ 278 bis 283“ durch die Angabe „§§ 278 bis 283a“ ersetzt.
	b) In der Angabe zum Dreizehnten Kapitel wird die Angabe „§§ 314 bis 326“ durch die Angabe „§§ 314 bis 328“ ersetzt.
1. § 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	1. § 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Nummer 9 werden die Wörter „bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters,“ *und die Wörter* „nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder“ gestrichen.	a) In Nummer 9 werden die Wörter „bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters**,“,** „nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder“ **sowie die Wörter „oder eine längere Fachstudienzeit“** gestrichen.
b) In Nummer 10 wird nach dem Wort „verrichten“ ein Komma und werden die Wörter „längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.	b) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. In § 10 Absatz 2 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule *beendet*, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend“ eingefügt.	2. In § 10 Absatz 2 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule **abgeschlossen**, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort**, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres**; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend“ eingefügt.
	2a. In § 13 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ gestrichen.
	2b. § 32 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 2 wird nach der Angabe „§ 27“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.
	b) Die Sätze 3 bis 5 werden durch folgenden Satz ersetzt:
	„Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die nach § 125 vereinbart oder nach § 125b Absatz 2 festgesetzt worden sind.“
	2c. In § 53 Absatz 8 Satz 2 werden die Wörter „§ 175 Absatz 4 Satz 5“ durch die Wörter „§ 175 Absatz 4 Satz 6“ ersetzt.
	2d. In § 62 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
	2e. Nach § 65d wird folgender § 65e eingefügt:
	„§ 65e
	Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen die Grundlagen, Abläufe, Finanzierung und Weiterentwicklung der Suche und Auswahl nichtverwandter Spender für die Versorgung der Versicherten mit Blutstammzellen. Die Vereinbarung nach Satz 1 hat der Sicherung der Qualität und Transparenz des Auswahlverfahrens zur Bestimmung des am besten geeigneten Blutstammzelltransplantats angemessen Rechnung zu tragen. Die Vereinbarung nach Satz 1 hat folgende Bereiche näher zu regeln:
	1. die Benennung einer zentralen Stelle zur Koordinierung der Spendersuche und Spenderauswahl einschließlich der Zusammenführung der bei den beteiligten maßgeblichen Organisationen vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen,
	2. das Zusammenwirken dieser zentralen Stelle mit den beteiligten maßgeblichen Organisationen bei der Suche und Auswahl geeigneter Spender sowie
	3. die Vergütung für Leistungen im Rahmen der Suche und Auswahl nichtverwandter Spender durch die Krankenkassen sowie ein Verfahren zur Abrechnung.
	Die Vereinbarung nach Satz 1 kann zusätzlich insbesondere folgende Regelungen enthalten:
	1. Vorgaben für Datensatzbeschreibungen und Übermittlungsverfahren zur Vereinheitlichung des Datenaustausches zwischen den in Satz 1 genannten Organisationen sowie zur Zusammenführung der vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen und
	2. Vorgaben für die übergreifende Evaluation und Qualitätssicherung des Such- und Auswahlverfahrens.
	§ 27 Absatz 1a Satz 6 sowie die rechtlichen Vorgaben für die Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut bleiben unberührt.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	2f. § 75a Absatz 9 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen, davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin, zu fördern.“
3. In § 87a Absatz 5 Satz 11 werden die Wörter „§ 295 Absatz 1 Satz 5“ durch die Wörter „§ 295 Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.	3. unverändert
	3a. In § 89a Absatz 10 Satz 8 werden die Wörter „Satz 4 und 5“ durch die Wörter „Satz 5 und 6“ ersetzt.
4. In § 91 Absatz 7 Satz 6 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten“ eingefügt.	4. unverändert
5. § 91a Absatz 1 Satz 8 wird wie folgt gefasst:	5. unverändert
„Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres das Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan des Gemeinsamen Bundesausschusses auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten nicht übersteigen.“	
	5a. § 95 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 6 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
	„Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen.“
	b) In Absatz 9b werden die Wörter „oder halben“ durch die Wörter „, einem halben oder einem drei Viertel“ ersetzt.
	5b. In § 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.
	5c. In § 101 Absatz 4 Satz 5 wird das Wort „allgemeinen“ jeweils durch die Wörter „regional maßgeblichen“ ersetzt.
	5d. § 103 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	aa) In Satz 2 werden die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ gestrichen.
	bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 sind zu beachten.“
	b) In Absatz 4a Satz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.
	c) In Absatz 4b Satz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.
6. Dem § 109 wird folgender Absatz 6 angefügt:	6. Dem § 109 wird folgender Absatz 6 angefügt:
„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern *auf Vergütung erbrachter Leistungen*, die *nach* dem 1. Januar 2020 entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können abweichende Regelungen vorgesehen werden.“	„(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern, die **aufgrund der Versorgung von ab** dem 1. Januar 2020 **aufgenommenen Patientinnen und Patienten** entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. **Die Aufrechnung ist abweichend von Satz 1 möglich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde.** In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können abweichende Regelungen vorgesehen werden.“
7. § 115b wird wie folgt geändert:	7. § 115b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,	
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.	
Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.“	
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“	
b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	b) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.“	
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Eingriffe“ die Wörter „und stationsersetzenden Behandlungen“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Folgender Satz wird angefügt:	bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“	„Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 **ambulant** erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“
d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	d) u n v e r ä n d e r t
aa) Das Wort „Wird“ wird durch die Wörter „Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird“ ersetzt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	
	7a. In § 116b Absatz 6 Satz 10 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
8. *Nach* § 124 *Absatz 2* wird *folgender Absatz 2a eingefügt*:	8. § 124 wird **wie folgt geändert**:
„(2a) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 2 prüfen zudem, ob Leistungserbringer die Voraussetzungen nach § 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erfüllen. Bei Erfüllung der Anforderungen erteilt die Arbeitsgemeinschaft eine entsprechende Abrechnungserlaubnis. Absatz 2 Satz 2, 3 und 6 bis 8 gilt entsprechend.“	**entfällt**
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 6 werden nach der Angabe „Absatz 1“ die Wörter „und Absatz 2a“ eingefügt.
	bb) In Satz 7 werden nach den Wörtern „Daten zur Zulassung“ die Wörter „nach Satz 6“ eingefügt.
	cc) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat auf Grundlage der Daten nach Satz 7 eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers zu veröffentlichen; über den Umfang der zu veröffentlichenden Daten verständigen sich die Vertragspartner in den jeweiligen Verträgen nach § 125 Absatz 1.“
	b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(2a) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 2 prüfen zudem, ob Leistungserbringer die Voraussetzungen nach § 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erfüllen. Bei Erfüllung der Anforderungen erteilt die Arbeitsgemeinschaft eine entsprechende Abrechnungserlaubnis. Absatz 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.“
	8a. In § 125 Absatz 2 Nummer 4 wird das Wort „Nachbearbeitung“ durch das Wort „Nachbereitung“ ersetzt.
	8b. § 125a wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 7 und 8 werden die Wörter „der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ jeweils durch die Wörter „den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ ersetzt.
	b) In Absatz 2 Nummer 1 wird das Wort „Richtlinie“ durch das Wort „Richtlinien“ ersetzt.
9. In § 132g Absatz 3 Satz 2 und § 137f Absatz 2 Satz 4 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	9. unverändert
	9a. § 137 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 wird nach dem Wort „müssen“ ein Komma und werden die Wörter „, die die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 zum Gegenstand haben“ eingefügt und werden die Wörter „zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten“ gestrichen.
	b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Die Krankenkassen und die die Kontrollen beauftragenden Stellen sind befugt und verpflichtet, die für das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer bestimmte Stelle zu übermitteln, und diese Stelle ist befugt, die ihr übermittelten Daten zu diesem Zweck zu verarbeiten, soweit dies in der Richtlinie nach Satz 1 vorgesehen ist.“
	c) Im neuen Satz 4 wird das Wort „hierbei“ durch die Wörter „bei den Festlegungen nach Satz 2“ ersetzt.
10. § 137i wird wie folgt geändert:	10. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 10 werden nach dem Wort „Fall“ die Wörter „der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten sowie für den Fall“ eingefügt und wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Wörter „den Absätzen 4b und 5 und schreiben die zu diesem Zweck zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffene Vereinbarung über Sanktionen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen vom 26. März 2019, die auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht ist, entsprechend fort“ ersetzt.	
bb) Nach Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:	
„Kommt eine Fortschreibung der in Satz 10 genannten Vereinbarung nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.“	
cc) Der neue Satz 14 wird aufgehoben.	
b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) In Satz 1 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Januar 2019 ein“ durch das Wort „das“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird nach den Wörtern „Herstellung der“ das Wort „repräsentativen“ eingefügt.	
cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 1, welche Krankenhäuser an der Herstellung der repräsentativen Datengrundlage teilnehmen, und verpflichtet sie zur Übermittlung der für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten.“	
dd) In dem neuen Satz 4 wird das Wort „der“ durch die Wörter „von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen“ ersetzt.	
c) Absatz 4b wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Vergütungsabschlag zu vereinbaren“ durch die Wörter „haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Vergütungsabschläge zu vereinbaren“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird das Wort „vereinbaren“ durch das Wort „haben“ ersetzt, werden nach dem Wort „Krankenhausentgeltgesetzes“ die Wörter „entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10“ eingefügt und werden nach dem Wort „erfüllen“ ein Komma und die Wörter „zu vereinbaren“ angefügt.	
	10a. In § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt
	10b. § 140f Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihrer gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsrechte auf Landesebene von den Landesausschüssen nach § 90 durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Landesausschuss nach § 90 eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen, auf die Aufbereitung von Sitzungsunterlagen sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. Wird durch den Landesausschuss nach § 90 keine Stabsstelle Patientenbeteiligung eingerichtet, erstattet er den in Satz 1 genannten Organisationen die Aufwendungen für die anfallenden koordinierenden Maßnahmen. Die sachkundigen Personen haben gegenüber dem Landesausschuss nach § 90 einen Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie für Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.“
	10c. § 175 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(2) Die gewählte Krankenkasse stellt nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung in Textform zum Zwecke der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle aus. Wird das Wahlrecht zum oder nach Ablauf des Zeitraumes nach Absatz 4 Satz 1 oder § 53 Absatz 8 Satz 1 ausgeübt, stellt die gewählte Krankenkasse die Mitgliedsbescheinigung unverzüglich nach Eingang der Meldung der bisherigen Krankenkasse nach Satz 4 aus. Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft; ist der Zeitraum nach Absatz 4 Satz 1 oder § 53 Absatz 8 Satz 1 noch nicht abgelaufen, ist als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Datum des Ablaufs des Zeitraums anzugeben.“
	b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
	aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Das gilt auch, wenn die bisherige Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel behindert oder die Meldung nach Absatz 2 Satz 3 nicht fristgerecht beantwortet.“
	bb) Im neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Wörter „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.
	cc) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 1 und 3“ durch die Wörter „Sätzen 1, 2 und 4“ ersetzt.
	c) Absatz 3a Satz 5 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Die gewählten Krankenkassen haben die geschlossene oder insolvente Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren.“
	d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden.“
	bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes.“
	cc) Im neuen Satz 3 werden die Wörter „Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist“ durch die Wörter „Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft“ ersetzt.
	dd) Die neuen Sätze 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 3 die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“
	ee) Im neuen Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ff) Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ jeweils durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
	gg) Im neuen Satz 8 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ und wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
	hh) Im neuen Satz 9 werden die Wörter „Die Sätze 1 und 4 gelten“ durch die Wörter „Satz 1 gilt“ und werden die Wörter „, Satz 1 gilt nicht,“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
	e) In Absatz 5 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend“ eingefügt.
	f) In Absatz 6 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5“ eingefügt.
11. Dem § 186 Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:	11. u n v e r ä n d e r t
„Bei Hochschulen, in denen das Studienjahr in Trimester eingeteilt ist, tritt an die Stelle des Semesters das Trimester. Für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, gelten als Semester im Sinne des Satzes 1 die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März.“	
12. § 190 wird wie folgt geändert:	12. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:	
„(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet mit Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie	
1. bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind oder	
2. bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Bei Anerkennung von Hinderungsgründen, die eine Überschreitung der Altersgrenze nach Satz 1 Nummer 2 rechtfertigen, endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Verlängerungszeitraums zum Semesterende. Abweichend von Satz 1 Nummer 1 endet im Fall der Exmatrikulation die Mitgliedschaft mit Ablauf des Tages, an dem der Student seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs aufgegeben hat oder an dem er dauerhaft an seinen Wohnsitz oder Ort des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuchs zurückkehrt. Satz 1 Nummer 1 gilt nicht, wenn sich der Student nach Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf er exmatrikuliert wurde, innerhalb eines Monats an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule einschreibt. § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“	
b) In Absatz 10 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder vor Aufgabe des Praktikums mit Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.	
13. Nach § 199 wird folgender § 199a eingefügt:	13. Nach § 199 wird folgender § 199a eingefügt:
„§ 199a	„§ 199a
Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten	Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten
(1) Die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sowie die Stiftung für Hochschulzulassung haben Studienbewerber und Studenten über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Befreiungsmöglichkeiten und das zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses einzuhaltende Verfahren in geeigneter Form zu informieren. Inhalt und Ausgestaltung dieser Informationen werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt.	(1) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Jeder Studieninteressierte hat gegenüber der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule vor der Einschreibung nachzuweisen, dass er in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird, oder dass er nicht gesetzlich versichert ist, weil er versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig ist. Der Studieninteressierte fordert bei der Krankenkasse an, dass die Krankenkasse den Nachweis über seinen Versichertenstatus nach Satz 1 an die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule meldet. Die Meldung enthält neben dem Versichertenstatus nach Satz 1 auch Angaben über Name, Anschrift und Geburtsdatum des Studieninteressierten. Für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung und die Abgabe der Meldung des Versicherungsstatus sind zuständig:	(2) Jeder Studieninteressierte hat gegenüber der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule vor der Einschreibung nachzuweisen, dass er in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird, oder dass er nicht gesetzlich versichert ist, weil er versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig ist. Der Studieninteressierte fordert bei der Krankenkasse an, dass die Krankenkasse den Nachweis über seinen Versichertenstatus nach Satz 1 an die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule meldet. Die Meldung enthält neben dem Versichertenstatus nach Satz 1 auch Angaben über Name, **Geschlecht,** Anschrift und Geburtsdatum des Studieninteressierten **sowie dessen Krankenversicherungsnummer, soweit diese zum Zeitpunkt der Meldung vorliegt und für das weitere Verfahren erforderlich ist**. Für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung und die Abgabe der Meldung des Versicherungsstatus sind zuständig:
1. für einen bereits bei einer Krankenkasse Versicherten die Krankenkasse, bei der er versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird,	1. u n v e r ä n d e r t
2. für einen nach § 6 versicherungsfreien oder für einen nicht versicherungspflichtigen Studenten die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung bestand,	2. u n v e r ä n d e r t
3. für einen Studenten, der nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 von der Versicherungspflicht befreit worden ist, die Krankenkasse, die die Befreiung vorgenommen hat,	3. u n v e r ä n d e r t
4. im Übrigen eine der Krankenkassen, die bei Versicherungspflicht gewählt werden könnte.	4. u n v e r ä n d e r t
(3) Ist der Student gesetzlich versichert, meldet die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule der zuständigen Krankenkasse unverzüglich	(3) u n v e r ä n d e r t
1. nach Eingang der Meldung der Krankenkasse zum Versicherungsstatus oder der Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach Absatz 2 das Datum der Einschreibung des Studenten und den Beginn des Semesters,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. den Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf der Student exmatrikuliert wurde oder das der Aufnahme eines Promotionsstudiums bei fortgesetzter Einschreibung unmittelbar vorangeht.	
(4) Bei einem Krankenkassenwechsel eines Studenten meldet die gewählte Krankenkasse der Hochschule unverzüglich den Beginn der Versicherung bei der gewählten Krankenkasse. Die Hochschule meldet der gewählten Krankenkasse unverzüglich nach Eingang der Meldung das Datum der Einschreibung.	(4) Bei einem Krankenkassenwechsel eines Studenten meldet die gewählte Krankenkasse der Hochschule unverzüglich den Beginn der Versicherung bei der gewählten Krankenkasse. Die Hochschule meldet der gewählten Krankenkasse unverzüglich nach Eingang der Meldung das Datum der Einschreibung **und den Beginn des Semesters**.
(5) Bei versicherungspflichtigen Studenten nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 hat die Krankenkasse den Hochschulen darüber hinaus unverzüglich zu melden:	(5) u n v e r ä n d e r t
1. den Verzug mit der Zahlung der Beiträge und	
2. die Begleichung der rückständigen Beiträge.	
(6) Die Meldungen der Hochschulen nach den Absätzen 2 bis 4 sind durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung *aus systemgeprüften Programmen* zu erstatten. Nimmt die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule noch nicht an der Datenübertragung teil, tritt an die Stelle der maschinellen Meldungen nach den Absätzen 2 bis 5 eine Meldung in Textform. Zur Teilnahme am elektronischen Meldeverfahren haben die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eine Absendernummer nach § 18n des Vierten Buches beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beantragen. Die gesonderte Absendernummer und alle Angaben, die zur Vergabe der Absendernummer notwendig sind, werden in einer elektronischen Hochschuldatei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen verarbeitet. Die Krankenkassen dürfen die *gesonderte Absendernummer* verarbeiten, soweit dies für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.	(6) Die Meldungen der Hochschulen nach den Absätzen 2 bis 4 sind durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erstatten. Nimmt die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule noch nicht an der Datenübertragung teil, tritt an die Stelle der maschinellen Meldungen nach den Absätzen 2 bis 5 eine Meldung in Textform. Zur Teilnahme am elektronischen Meldeverfahren haben die staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eine Absendernummer nach § 18n des Vierten Buches beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu beantragen. Die gesonderte Absendernummer und alle Angaben, die zur Vergabe der Absendernummer notwendig sind, werden in einer elektronischen Hochschuldatei beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen verarbeitet. Die Krankenkassen dürfen die **Hochschuldatei und deren Inhalte** verarbeiten, soweit dies für die Durchführung des Meldeverfahrens erforderlich ist.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(7) Das Nähere zu den Datensätzen, den Verfahren und die zu übermittelnden Daten für die Anträge und Meldungen sowie Bescheinigungen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Hochschulrektorenkonferenz in Gemeinsamen Grundsätzen. § 95 des Vierten Buches ist anzuwenden. Die Gemeinsamen Grundsätze bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, das vorher den Verband der Privaten Hochschulen e. V. anzuhören hat.“	(7) u n v e r ä n d e r t
14. § 200 Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:	14. § 200 Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:
„(2) Auszubildende des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben ihrer Ausbildungsstätte eine Versicherungsbescheinigung vorzulegen, in der anzugeben ist, ob sie als Auszubildende gesetzlich versichert oder versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig sind. Die Versicherungsbescheinigung ist in Textform auszustellen. Die für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung zuständige Krankenkasse ergibt sich in entsprechender Anwendung von § 199a Absatz 2 Satz *5*.	„(2) Auszubildende des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben ihrer Ausbildungsstätte eine Versicherungsbescheinigung vorzulegen, in der anzugeben ist, ob sie als Auszubildende gesetzlich versichert oder versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig sind. Die Versicherungsbescheinigung ist in Textform auszustellen. Die für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung zuständige Krankenkasse ergibt sich in entsprechender Anwendung von § 199a Absatz 2 Satz **4**.
(3) Die Ausbildungsstätten von versicherungspflichtigen Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs nach § 5 Absatz 1 Nummer 10 zweiter Halbsatz haben der zuständigen Krankenkasse den Beginn der Ausbildung in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz sowie das Ende der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen. Das Weitere zu Inhalt, Form und Verfahren der Mitteilung legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.“	(3) u n v e r ä n d e r t
15. In § 210 Absatz 2 wird die Angabe „282“ durch die Angabe „283 Absatz 2“ ersetzt.	15. u n v e r ä n d e r t
16. In § 236 Absatz 1 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „als Semester gelten die Zeiten vom 1. April bis 30. September und vom 1. Oktober bis 31. März“ eingefügt.	16. u n v e r ä n d e r t
17. § 242 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:	17. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“	
18. § 245 wird wie folgt geändert:	18. u n v e r ä n d e r t
a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.	
b) Absatz 2 wird aufgehoben.	
19. § 260 *Absatz 2* wird wie folgt geändert:	19. § 260 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 wird nach dem Wort „*Haushaltsjahres*“ das Wort „monatlich“ *gestrichen* und werden nach der Angabe „§ 261“ die Wörter „sowie der zur *Anschaffung* und Erneuerung der *Vermögensteile* bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ eingefügt.	**aa**) In Satz 1 wird nach dem Wort „**Haushaltsjahres**“ das Wort „monatlich“ **gestrichen** und werden nach der Angabe „§ 261“ die Wörter „sowie der zur **Anschaffung** und Erneuerung der **Vermögensteile** bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ eingefügt.
	bb) In Satz 2 werden die Wörter „den Betrag“ durch die Wörter „das Einfache des Betrages“ ersetzt.
b) *In Satz 2 werden die Wörter „den Betrag“ durch die Wörter „das Einfache des Betrages“ ersetzt*.	b) **Absatz 5 wird aufgehoben**.
20. In der Überschrift des Neunten Kapitels werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	20. u n v e r ä n d e r t
21. § 275 wird wie folgt geändert:	21. § 275 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst)“ gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 1c wird aufgehoben.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Absatz 2 werden die Nummern 3 bis 5 die Nummern 2 bis 4.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	d) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Der Medizinische Dienst hat den Krankenkassen das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 1 Nummer 4 durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen, die auch in den Fällen nachvollziehbar zu begründen ist, in denen gutachterlich kein Behandlungsfehler festgestellt wird, wenn dies zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.“	
e) Nach Absatz 3a *wird folgender Absatz* 3b eingefügt:	e) Nach Absatz 3a **werden die folgenden Absätze** 3b **und 3c** eingefügt:
„(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.“	„(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen**.**
	(3c) Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.“
f) Absatz 4a wird wie folgt geändert:	f) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 3 werden die Wörter „§ 281 Absatz 1a Satz 2“ durch die Wörter „§ 280 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.	
bb) In Satz 4 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	
g) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	g) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
aa) In Satz 1 wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt, wird das Wort „medizinischen“ durch das Wort „fachlichen“ ersetzt und wird das Wort „ärztlichen“ gestrichen.	
bb) In Satz 2 wird das Wort „ärztliche“ gestrichen und werden nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „und pflegerische Versorgung der Versicherten“ eingefügt.	
	21a. § 275a Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 2 werden nach dem Wort „muss“ die Wörter „bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen,“ eingefügt.
	b) In Satz 3 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „Gegenstand dieser“ durch die Wörter „Gegenstand der“ ersetzt.
22. § 275b wird wie folgt geändert:	22. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 3 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „§ 282 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.	
bb) Satz 5 wird aufgehoben.	
b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „gelten“ durch das Wort „gilt“ ersetzt und werden die Wörter „sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9“ gestrichen.	
c) In Absatz 3 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	
23. Nach § 275b werden die folgenden §§ 275c und 275d eingefügt:	23. Nach § 275b werden die folgenden §§ 275c und 275d eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 275c	„§ 275c
Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst
(1) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens *drei* Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Die Prüfungen nach Satz 1 sind, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, bei dem Medizinischen Dienst einzuleiten, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.	(1) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens **vier** Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Die Prüfungen nach Satz 1 sind, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, bei dem Medizinischen Dienst einzuleiten, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.
(2) Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu *10* Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote). Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung. Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2. Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 3 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt:	(2) Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu **12,5** Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote). Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung. Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2. Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 3 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 60 Prozent oder mehr liegt,	1. u n v e r ä n d e r t
2. bis zu 10 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,	2. u n v e r ä n d e r t
3. bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 40 Prozent liegt.	3. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 3 eingeleitete Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder Satz 4 zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dafür ist die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichte Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im vorvergangenen Quartal erhalten hat, heranzuziehen. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote vor Ende eines Quartals zu weiteren Prüfungen nach Absatz 1 befugt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 6 unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen. Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten, können mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen; die Übermittlung und Auswertung der Daten nach Absatz 4 bleibt davon unberührt. Die Prüfung von Rechnungen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegt nicht der quartalsbezogenen Prüfquote.	Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 3 eingeleitete Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder Satz 4 zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dafür ist die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichte Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im vorvergangenen Quartal erhalten hat, heranzuziehen. Liegt der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist die Krankenkasse bei diesem Krankenhaus auch nach Erreichen der Prüfquote vor Ende eines Quartals zu weiteren Prüfungen nach Absatz 1 befugt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 6 unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen. Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten, können mindestens eine Schlussrechnung und höchstens die aus der quartalsbezogenen Prüfquote resultierende Anzahl an Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen; die Übermittlung und Auswertung der Daten nach Absatz 4 bleibt davon unberührt. Die Prüfung von Rechnungen im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegt nicht der quartalsbezogenen Prüfquote.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) *Die* Krankenhäuser haben bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt	(3) **Im Jahr 2020 haben die** Krankenhäuser **neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag in Höhe von 10 Prozent dieses Differenzbetrages, mindestens jedoch in Höhe von 300 Euro an die Krankenkassen zu zahlen. Ab dem Jahr 2021** haben **die Krankenhäuser** bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt
1. 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2,	1. u n v e r ä n d e r t
2. 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6,	2. u n v e r ä n d e r t
höchstens jedoch *1 500* Euro. In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben.	jedoch **mindestens 300** Euro **und höchstens 10 Prozent des auf Grund der Prüfung durch den Medizinischen Dienst geminderten Abrechnungsbetrages, wobei der Mindestbetrag von 300 Euro nicht unterschritten werden darf**. In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben.
(4) Zur Umsetzung der Einzelfallprüfung nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 3 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen. Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Ende des ersten Monats, der auf ein Quartal folgt, die folgenden Daten je Krankenhaus:	(4) u n v e r ä n d e r t
1. Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,	
2. Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach Absatz 1,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Anzahl der nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,	
4. Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung gemäß Absatz 1 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind.	
Ab dem Jahr 2020 sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der nach Satz 2 übermittelten Daten bis jeweils zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, für das einzelne Krankenhaus insbesondere auszuweisen und zu veröffentlichen:	
1. Anteil der beim Medizinischen Dienst in dem betrachteten Quartal eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung an allen in dem betrachteten Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,	
2. Anteil der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages in dem betrachteten Quartal führen und insoweit durch den Medizinischen Dienst unbeanstandet geblieben sind, an allen in dem betrachteten Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,	
3. zulässige Prüfquote nach Absatz 2 und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3, die sich aus dem Ergebnis nach Nummer 2 des betrachteten Quartals ergibt,	
4. Werte nach Satz 2 Nummer 1, die nach den einzelnen Krankenkassen zu gliedern sind.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Die Ergebnisse sind auch in zusammengefasster Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie zu den Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.	
(5) Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung. Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen nach Absatz 1 sind bei der Ermittlung der Prüfquote nicht zu berücksichtigen. Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach Absatz 1 lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote nach Absatz 2 unberührt.	(5) u n v e r ä n d e r t
(6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig	(6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig
1. bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden *nur* insoweit umgesetzt, *als sie keine Auswirkungen auf* die *Abrechnung* der tagesbezogenen Pflegeentgelte *haben*,	1. bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden insoweit umgesetzt, **dass in Fällen, in denen es nach einer Prüfung bei der Abrechnung von voll- oder teilstationären Entgelten verbleibt, für** die **Ermittlung** der tagesbezogenen Pflegeentgelte **die ursprünglich berücksichtigten Belegungstage beibehalten werden und in Fällen, in denen eine Prüfung zur Abrechnung einer ambulanten oder vorstationären Vergütung nach § 8 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes führt, die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte entfällt,**
2. bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach § 275d geprüft wurden.	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(7) Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung sind nicht zulässig. Vereinbarungen auf Grundlage von § 17c Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 3 und 7 sowie Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleiben unberührt.	(7) u n v e r ä n d e r t
§ 275d	§ 275d
Prüfung von Strukturmerkmalen	Prüfung von Strukturmerkmalen
(1) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Grundlage der Begutachtung nach Satz 1 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Begutachtungen nach Satz 1 erfolgen, soweit in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 nichts Abweichendes bestimmt wird, durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst in schriftlicher oder elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.	(2) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(3) Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Absatz 2 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Für die Vereinbarung für das Jahr 2021 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu übermitteln. Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2021 nicht vereinbaren und nicht abrechnen.	(4) Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2021 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. **Soweit Krankenhäusern die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale nach Absatz 2 aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen erst nach dem 31. Dezember 2020 vorliegt, können diese Krankenhäuser bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen.**
(5) Die Kosten des Medizinischen Dienstes für eine Begutachtung werden entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht.“	(5) u n v e r ä n d e r t
24. § 276 wird wie folgt geändert:	24. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 275 Absatz 1 bis 3“ die Wörter „und 3b, § 275c oder § 275d“ eingefügt.	
bb) In den Sätzen 1 und 3 wird jeweils die Angabe „§§ 275, 275a und 275b“ durch die Angabe „§§ 275 bis 275d“ ersetzt.	
cc) In Satz 5 wird die Angabe „Abs. 2“ durch die Wörter „Absatz 2 sowie § 35 des Ersten Buches“ ersetzt.	
b) In Absatz 2b wird die Angabe „(§ 279 Abs. 5)“ durch die Angabe „(§ 278 Absatz 2)“ ersetzt.	
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Notwendigkeit und Dauer“ durch die Wörter „Notwendigkeit, Dauer und ordnungsgemäße Abrechnung“ ersetzt und wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Gutachterinnen und Gutachter“ ersetzt.	
25. Die §§ 278 bis 283 werden durch die folgenden §§ 278 bis 283a ersetzt:	25. Die §§ 278 bis 283 werden durch die folgenden §§ 278 bis 283a ersetzt:
„§ 278	„§ 278
Medizinischer Dienst	Medizinischer Dienst
(1) In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte der betroffenen Medizinischen Dienste ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Dieser Beschluss bedarf der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden der betroffenen Länder. In Ländern, in denen bereits mehrere Medizinische Dienste oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst bestehen, kann die jeweilige Aufteilung beibehalten werden. § 94 Absatz 1a bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.	(2) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(3) Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form *zweijährlich* und bei gegebenem Anlass. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.	(3) Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form **jährlich** und bei gegebenem Anlass **und veröffentlicht den Bericht drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite**. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.
(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund zweijährlich zum 1. April über	(4) u n v e r ä n d e r t
1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach den §§ 275a bis 275d,	
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und	
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.	
Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8.	
§ 279	§ 279
Verwaltungsrat und Vorstand	Verwaltungsrat und Vorstand
(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Der Verwaltungsrat hat	(2) u n v e r ä n d e r t
1. die Satzung zu beschließen,	
2. den Haushaltsplan festzustellen,	
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,	
4. die Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Beachtung der Richtlinien und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 aufzustellen,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen und	
6. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.	
§ 210 Absatz 1 gilt entsprechend.	
(3) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung.	(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. **Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.**
(5) Sieben Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon	(5) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. fünf Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene sowie	
2. zwei Vertreter jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.	
Die Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 haben kein Stimmrecht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes legt die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 fest. Sie bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 1 Nummer 1 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Als Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 sind mindestens zwei Frauen und zwei Männer, als Vertreter nach Satz 1 Nummer 2 sind jeweils eine Frau und ein Mann zu benennen. Ist eine Satz 5 entsprechende Benennung nicht möglich, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das mehrheitlich vertreten ist, als benannt, dass dem Verhältnis nach Satz 5 entsprochen wird; die Anzahl der Vertreter nach Satz 1 Nummer 1 und 2 reduziert sich entsprechend. Die Vertreter nach Satz 1 dürfen nicht zu mehr als 10 Prozent von Dritten finanziert werden, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen. Die Bekanntgabe der Benennung erfolgt gegenüber der oder dem amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, die oder der diese den Benannten zur Kenntnis gibt.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. Personen, die *Mitglieder des Verwaltungsrates oder* der *Vertreterversammlung einer Krankenkasse* oder *ihrer Verbände sind oder innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates waren*, können nicht gewählt oder benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.	(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. Personen, die **bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes** der **Versicherungsträger** oder **eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben**, können nicht gewählt oder benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.
(7) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Der Vorstand führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der oder des Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen. § 35a Absatz 6a des Vierten Buches gilt entsprechend.	(7) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Der Vorstand führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der oder des Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen. § 35a Absatz **3 und** 6a des Vierten Buches gilt entsprechend.
(8) Folgende Vorschriften des Vierten Buches gelten entsprechend: die §§ 37, 38, 40 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3, § 43 Absatz 2, die §§ 58, 59 Absatz 1 bis 3, 5 und 6, die §§ 60, 62 Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz, Absatz 2, 3 Satz 1 und 4 und Absatz 4 bis 6, § 63 Absatz 1 und 2, 3 Satz 2 und 3, Absatz 3a bis 5, § 64 Absatz 1 und 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 und 3 und § 66.	(8) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
§ 280	§ 280
Finanzierung, Haushalt, Aufsicht	u n v e r ä n d e r t
(1) Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 bis 3b und den § 275a bis 275d werden von den Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Die Pflegekassen tragen die Hälfte der Umlage nach Satz 1.	
(2) Die Leistungen des Medizinischen Dienstes oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Absatz 4 von den Krankenkassen übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen. Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die die Prüfung von Ansprüchen gegenüber anderen Stellen betreffen, die nicht zur Leistung der Umlage nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von diesen Stellen zu erstatten.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69 und 70 Absatz 5 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf, § 72 Absatz 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz des Vierten Buches, § 73 Absatz 1, 2 Satz 1 erster Halbsatz und Absatz 3 des Vierten Buches, die §§ 74 bis 76 Absatz 1 und 2 des Vierten Buches, § 77 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches und § 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten die §§ 171e sowie 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.	
(4) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.	
§ 281	§ 281
Medizinischer Dienst Bund, Rechtsform, Finanzen, Aufsicht	u n v e r ä n d e r t
(1) Der Medizinische Dienst Bund ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Mitglieder des Medizinischen Dienstes Bund sind die Medizinischen Dienste.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund erforderlichen Mittel werden von den Medizinischen Diensten und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes einerseits und der Mitglieder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See andererseits aufzubringen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. § 217d Absatz 2 gilt entsprechend. § 70 Absatz 5 des Vierten Buches gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten die §§ 171e sowie 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.	
(3) Der Medizinische Dienst Bund untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht. § 217d Absatz 3, die §§ 217g bis 217j, 219 und 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.	
§ 282	§ 282
Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand	Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand
(1) Organe des Medizinischen Dienstes Bund sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon	(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon
1. 16 Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 4 Satz 1,	1. u n v e r ä n d e r t
2. fünf Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. zwei Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2.	3. u n v e r ä n d e r t
Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht innerhalb der jeweiligen Vertretergruppen nach Satz 2 im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen. Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Die §§ 40 bis 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz *4* Satz 4 bis *9*, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt.	Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht innerhalb der jeweiligen Vertretergruppen nach Satz 2 im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 4 Satz 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes. Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen; für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier, für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen. **Die Abgabe der Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes zur Wahl entsandte Person ist möglich.** Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Die §§ 40 bis 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz Satz 4 bis **11**, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. **Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.**
(3) Der Verwaltungsrat hat	(3) u n v e r ä n d e r t
1. die Satzung zu beschließen,	
2. den Haushaltsplan festzustellen,	
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen und	
4. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.	
§ 210 Absatz 1 und § 279 Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a, § 279 Absatz *8* Satz 4 und 5 sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend. *Eine höhere Vergütung* der *oder des Vorstandsvorsitzenden oder* der *Stellvertreterin oder des Stellvertreters, die* über die zuletzt nach § *35a* Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der *betreffenden Person* oder *ihres* Vorgängers im Amt *hinausgeht, kann nur nach Ablauf von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung oder im Falle eines Amtswechsels vereinbart werden. Es kann zur Erhöhung der* Vergütung nur *ein* Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann *jeweils* zu *den in Satz 5 genannten Zeitpunkten* eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Satz 4 in Verbindung mit § 279 Absatz *8* Satz 5 sind auf die Vergütung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst Bund abzuführen. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes Bund für die Zukunftssicherung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.	(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter gebildet. Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich. In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a, § 279 Absatz **7** Satz 4 und 5 sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend. **Vergütungserhöhungen sind während** der **Dauer** der **Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine** über die zuletzt nach § **35** Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der **letzten Amtsperiode** oder **des** Vorgängers im Amt **hinausgehende höhere** Vergütung nur **durch einen** Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu **Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes** eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Satz 4 in Verbindung mit § 279 Absatz **7** Satz 5 sind auf die Vergütung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst Bund abzuführen. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes Bund für die Zukunftssicherung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder der Stellvertreterin oder des Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(5) Bei dem Medizinischen Dienst Bund wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Bund bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Bund vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und dem Bundesministerium für Gesundheit in anonymisierter Form *zweijährlich* oder bei gegebenem Anlass. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.	(5) Bei dem Medizinischen Dienst Bund wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Bund bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Bund vertraulich wenden können. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und dem Bundesministerium für Gesundheit in anonymisierter Form **jährlich** oder bei gegebenem Anlass **und veröffentlicht den Bericht drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite**. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.
§ 283	§ 283
Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund
(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen und trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung. Er berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch	(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter **Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter** fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste **und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch
1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 30. April 2020 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,	3. u n v e r ä n d e r t
4. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihnen übertragenen Aufgaben,	4. u n v e r ä n d e r t
5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben,	5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben **sowie zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson nach § 278 Absatz 3,**
6. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,	6. u n v e r ä n d e r t
7. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,	7. u n v e r ä n d e r t
8. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie	8. u n v e r ä n d e r t
9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.	9. u n v e r ä n d e r t
Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:	Der Medizinische Dienst Bund hat folgenden Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind:
1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. der Bundesärztekammer, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,	2. der Bundesärztekammer, **der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer sowie** den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,	3. u n v e r ä n d e r t
4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und	4. u n v e r ä n d e r t
5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.	5. u n v e r ä n d e r t
Er hat die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 bis zum 31. Dezember 2021 zu erlassen. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.	Er hat die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 bis zum 31. Dezember 2021 zu erlassen. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.
(3) Der Medizinische Dienst Bund nimmt auch die ihm nach § 53d des Elften Buches zugewiesenen Aufgaben wahr. Insoweit richten sich die Verfahren nach den Vorschriften des Elften Buches.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht zweijährlich zum 1. September. Das Nähere regelt die Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8.	(4) u n v e r ä n d e r t
(5) Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.	(5) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
§ 283a	§ 283a
Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
(1) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahr. Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet.	(1) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahr. **Für den Sozialmedizinischen Dienst gelten bei Wahrnehmung dieser Aufgaben insbesondere die Vorschriften nach § 128 Absatz 1 Satz 2 des Neunten Buches, § 53c Absatz 1 und 3 des Elften Buches, § 53d Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 4 und 5 des Elften Buches, den §§ 62a und 78 Absatz 1 des Zwölften Buches sowie nach § 13 Absatz 3a, § 116b Absatz 6 Satz 10, § 197a Absatz 3b Satz 3, den §§ 275 bis 277, 278 Absatz 2 bis 4 und § 283 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 entsprechend.** Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird ein Beirat für den Sozialmedizinischen Dienst errichtet, der den Vorstand in Aufgabenstellungen bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt. Er ist vor allen Entscheidungen des Vorstandes in Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes zu hören. Stellungnahmen des Beirates sind Gegenstand der Beratungen des Vorstandes und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Der Beirat besteht aus *sechs* Vertretern und deren persönlichen Stellvertretern. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter werden auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen vom Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ernannt. Die Dauer der Amtszeit des Beirates von bis zu sechs Jahren richtet sich nach der des Vorstandes. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirates, regelt die Geschäftsordnung des Beirates, die im Einvernehmen zwischen dem Vorstand und dem Beirat aufgestellt wird.	(2) Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird ein Beirat für den Sozialmedizinischen Dienst errichtet, der den Vorstand in Aufgabenstellungen bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt. Er ist vor allen Entscheidungen des Vorstandes in Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes zu hören. Stellungnahmen des Beirates sind Gegenstand der Beratungen des Vorstandes und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Der Beirat besteht aus **neun** Vertretern und deren persönlichen Stellvertretern. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter werden auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen vom Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ernannt. Die Dauer der Amtszeit des Beirates von bis zu sechs Jahren richtet sich nach der des Vorstandes. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirates, regelt die Geschäftsordnung des Beirates, die im Einvernehmen zwischen dem Vorstand und dem Beirat aufgestellt wird.
(3) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See trägt die Kosten der Tätigkeit des Beirates. Die Vertreter und deren persönliche Stellvertreter erhalten Reisekosten nach den Vorschriften des Bundes über Reisekostenvergütungen, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.“	(3) u n v e r ä n d e r t
26. In § 291 Absatz 2b Satz 8 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	26. u n v e r ä n d e r t
27. § 295 wird wie folgt geändert:	27. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„In dem Schlüssel nach Satz 4 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“	
bb) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:	
„Von dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 2 sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 4 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.“	
cc) Folgender Satz wird angefügt:	
„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach Satz 4 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“	
b) In Absatz 4 Satz 3 und 7 werden jeweils die Wörter „Absatz 1 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.	
28. § 299 wird wie folgt geändert:	28. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2“ ersetzt.	
b) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „§ 135b Absatz 2 und § 136 Absatz 1 Satz 1, §§ 136b und 137b Absatz 1“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1“ ersetzt.	
29. § 301 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	29. u n v e r ä n d e r t
a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„In dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.“	
b) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	
„Von dem in Satz 4 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 1 sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.“	
c) Folgender Satz wird angefügt:	
„Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach Satz 2 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.“	
	29a. In § 302 Absatz 4 werden nach den Wörtern „in Rahmenempfehlungen“ die Wörter „oder in den Verträgen nach § 125“ und werden nach den Wörtern „die Rahmenempfehlungen“ die Wörter „oder die Verträge nach § 125“ eingefügt.
	29b. In § 304 Absatz 2 werden die Wörter „auf Verlangen“ gestrichen und wird das Wort „mitzuteilen“ durch die Wörter „zu übermitteln“ ersetzt.
	29c. § 326 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 282 Absatz 2d Satz 6“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung“ eingefügt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) In Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung“ eingefügt.
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 282 Absatz 2d Satz 6“ durch die Wörter „§ 282 Absatz 4 Satz 6“ ersetzt.
	bb) In Satz 2 werden die Wörter „oder im Zeitpunkt der darauf folgenden Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters“ gestrichen.
30. Die folgenden §§ 327 und 328 werden angefügt:	30. Die folgenden §§ 327 und 328 werden angefügt:
„§ 327	„§ 327
Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
(1) Für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gelten die §§ 275 bis 283 in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 1c und 5, § 276 Absatz 2 und 4 und § 281 Absatz 2 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum fort. Bis zu diesem Zeitpunkt nehmen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach diesen Vorschriften die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung finden mit Ausnahme des § 275 Absatz 3b und 5, der §§ 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4 und des § 280 Absatz 3 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum keine Anwendung. Bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum findet für die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach den §§ 275c und 275d die Regelung des § 281 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung entsprechende Anwendung.	(1) Für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gelten die §§ 275 bis 283 in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 1c und 5, § 276 Absatz 2 und 4 und § 281 Absatz 2 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum fort. Bis zu diesem Zeitpunkt nehmen die **am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe der** Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach diesen Vorschriften die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung finden mit Ausnahme des § 275 Absatz 3b und 5, der §§ 275c, 275d, 276 Absatz 2 und 4 und des § 280 Absatz 3 bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum keine Anwendung. Bis zu dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntzumachenden Datum findet für die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach den §§ 275c und 275d die Regelung des § 281 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung entsprechende Anwendung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die §§ 275 bis 283 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 5 bis zum *30. Juni* 2021 fort; nach diesen Vorschriften nehmen *sie* ihre Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung sind für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Ausnahme des § 275 Absatz 5, der §§ 275c und 281 Absatz 2 Satz 5 bis zum *30. Juni* 2021 nicht anwendbar. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und 4 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 30. April 2020 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 30. September 2020 erlässt. Diese Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.	(2) Für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die §§ 275 bis 283 **und § 326 Absatz 2 Satz 1** in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung mit Ausnahme des § 275 Absatz 5 bis zum **31. Dezember** 2021 fort; nach diesen Vorschriften nehmen ihre **am 31. Dezember 2019 bestehenden Organe ihre** Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die §§ 275 bis 283a in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung sind für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Ausnahme des § 275 Absatz 5, der §§ 275c und 281 Absatz 2 Satz 5 bis zum **31. Dezember** 2021 nicht anwendbar. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und 4 in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 30. April 2020 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 30. September 2020 erlässt. Diese Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.
(3) Endet die Amtszeit eines bestehenden Verwaltungsrates eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4, verlängert sie sich bis zu diesem Zeitpunkt.	(3) Endet die Amtszeit eines bestehenden Verwaltungsrates eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4, verlängert sie sich bis zu diesem Zeitpunkt. **Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 aufgelöst, der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird mit Wirkung zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 aufgelöst.**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
§ 328	§ 328
Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund	Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund
(1) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat die Vertreter des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 5 bis zum *30. Juni* 2020 gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 5 und 6 zu benennen; die Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der in § 279 Absatz 4 Satz 1 genannten Krankenkassenverbände und Krankenkassen haben bis zum *30. Juni* 2020 ihre Vertreter gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 4 und 6 zu wählen. Der Verwaltungsrat hat bis zum *30. September 2020* die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 zu beschließen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat über die Genehmigung der Satzung bis zum *31. Dezember 2020* zu entscheiden und das Datum der Genehmigung öffentlich bekannt zu machen. Sie hat das Datum des Ablaufs des Monats *nach Erteilung der* Genehmigung öffentlich bekanntzumachen. Die oder der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung lädt zur konstituierenden Sitzung ein und regelt das Nähere. In der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen.	(1) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat die Vertreter des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 5 bis zum **31. Dezember** 2020 gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 5 und 6 zu benennen; die Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der in § 279 Absatz 4 Satz 1 genannten Krankenkassenverbände und Krankenkassen haben bis zum **31. Dezember** 2020 ihre Vertreter gemäß den Vorgaben des § 279 Absatz 3, 4 und 6 zu wählen. Der **gemäß Satz 1 besetzte** Verwaltungsrat hat bis zum **31. März 2021** die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 zu beschließen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat über die Genehmigung der Satzung bis zum **30. Juni 2021** zu entscheiden und das Datum der Genehmigung öffentlich bekannt zu machen. Sie hat das Datum des Ablaufs des Monats**, in dem die** Genehmigung **erteilt wurde,** öffentlich bekanntzumachen. Die oder der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung lädt zur konstituierenden Sitzung ein und regelt das Nähere. In der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. **Der jeweils amtierende Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und sein Stellvertreter gelten bis zum 31. Dezember 2021 als durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gewählter Vorstand.**
(2) Die Medizinischen Dienste, die als eingetragene Vereine organisiert sind, werden im Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4 als Körperschaften des öffentlichen Rechts neu konstituiert. Die jeweiligen eingetragenen Vereine erlöschen mit Wirkung zum Zeitpunkt des Absatzes 1 Satz 4.	(2) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Die Rechte und Pflichten einschließlich des Vermögens der Medizinischen Dienste nach Absatz 2 gehen im Zeitpunkt des nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Datums auf die in den jeweiligen Bezirken als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichteten Medizinischen Dienste über. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts treten in diesem Zeitpunkt in die Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine aus den Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen mit den bei ihnen beschäftigten Personen ein. Die Arbeitsbedingungen der einzelnen Arbeitnehmer und Auszubildenden dürfen bis zum *30. Juni* 2022 nicht verschlechtert werden. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts können bis zum *30. Juni* 2022 ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers oder Auszubildenden liegenden wichtigen Grund kündigen. Die bestehenden Tarifverträge gelten fort. Der bei dem jeweiligen Medizinischen Dienst bestehende Betriebsrat nimmt ab dem nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt übergangsweise die Aufgaben eines Personalrats nach dem jeweiligen Personalvertretungsrecht wahr. Im Rahmen seines Übergangsmandats hat der Betriebsrat insbesondere die Aufgabe, unverzüglich den Wahlvorstand zur Einleitung der Personalratswahl zu bestellen. Das Übergangsmandat des jeweiligen Betriebsrates endet, sobald ein Personalrat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben worden ist, spätestens jedoch zwölf Monate nach dem in Absatz 1 Satz 4 bestimmten Zeitpunkt. Die in dem nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt bestehenden Betriebsvereinbarungen gelten längstens für die Dauer von zwölf Monaten als Dienstvereinbarungen fort, soweit sie nicht durch eine andere Regelung ersetzt werden. Auf die bis zum nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Datum förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes sinngemäß Anwendung. Gleiches gilt für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Arbeitsgerichten. Die Sätze 2 bis 4 gelten für Ausbildungsverhältnisse entsprechend. Die Sätze 6 bis 8 gelten für die Jugend- und Auszubildendenvertretung entsprechend mit der Maßgabe, dass der das Übergangsmandat innehabende Betriebsrat unverzüglich einen Wahlvorstand und seine vorsitzende Person zur Wahl einer Jugend- und Auszubildendenvertretung zu bestimmen hat.	(3) Die Rechte und Pflichten einschließlich des Vermögens der Medizinischen Dienste nach Absatz 2 gehen im Zeitpunkt des nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Datums auf die in den jeweiligen Bezirken als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichteten Medizinischen Dienste über. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts treten in diesem Zeitpunkt in die Rechte und Pflichten der eingetragenen Vereine aus den Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen mit den bei ihnen beschäftigten Personen ein. Die Arbeitsbedingungen der einzelnen Arbeitnehmer und Auszubildenden dürfen bis zum **31. Dezember** 2022 nicht verschlechtert werden. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts können bis zum **31. Dezember** 2022 ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers oder Auszubildenden liegenden wichtigen Grund kündigen. Die bestehenden Tarifverträge gelten fort. Der bei dem jeweiligen Medizinischen Dienst bestehende Betriebsrat nimmt ab dem nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt übergangsweise die Aufgaben eines Personalrats nach dem jeweiligen Personalvertretungsrecht wahr. Im Rahmen seines Übergangsmandats hat der Betriebsrat insbesondere die Aufgabe, unverzüglich den Wahlvorstand zur Einleitung der Personalratswahl zu bestellen. Das Übergangsmandat des jeweiligen Betriebsrates endet, sobald ein Personalrat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben worden ist, spätestens jedoch zwölf Monate nach dem in Absatz 1 Satz 4 bestimmten Zeitpunkt. Die in dem nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt bestehenden Betriebsvereinbarungen gelten längstens für die Dauer von zwölf Monaten als Dienstvereinbarungen fort, soweit sie nicht durch eine andere Regelung ersetzt werden. Auf die bis zum nach Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Datum förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes sinngemäß Anwendung. Gleiches gilt für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Arbeitsgerichten. Die Sätze 2 bis 4 gelten für Ausbildungsverhältnisse entsprechend. Die Sätze 6 bis 8 gelten für die Jugend- und Auszubildendenvertretung entsprechend mit der Maßgabe, dass der das Übergangsmandat innehabende Betriebsrat unverzüglich einen Wahlvorstand und seine vorsitzende Person zur Wahl einer Jugend- und Auszubildendenvertretung zu bestimmen hat.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(4) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Dienstherrenfähigkeit sind, verlieren ihre Dienstherrenfähigkeit, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Dienstherrenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.	(4) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(5) Der Medizinische Dienst Bund tritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Stelle des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste haben nach § 282 Absatz 2 die Vertreter des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, die von den jeweils Wahlberechtigten nach § 282 Absatz 2 Satz 2 vorgeschlagen werden, bis zum *30. September 2020* zu wählen. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen leitet die Wahl und regelt das Nähere. *In* der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. Absatz 1 Satz 2 bis 4 und die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Absatz 1 Satz 2 am *31. März* 2021 endet, die Frist nach Absatz 1 Satz 3 am *30. Juni* 2021 endet und die Satzung vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen ist.“	(5) Der Medizinische Dienst Bund tritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts an die Stelle des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste haben nach § 282 Absatz 2 die Vertreter des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, die von den jeweils Wahlberechtigten nach § 282 Absatz 2 Satz 2 vorgeschlagen werden, bis zum **31. März 2021** zu wählen. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen **sammelt die Vorschläge für die Wahl nach Satz 2 in nach Vertretergruppen gemäß § 279 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 und nach Geschlecht getrennten Listen und versendet diese an die jeweiligen Vertretergruppen der Medizinischen Dienste. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes entsendet einen Vertreter, der die Stimmen jedes Mitglieds der Vertretergruppe entsprechend dessen Weisungen abgibt. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen lädt zur Wahl,** leitet die Wahl und regelt das Nähere. **Gewählt ist, wer die meisten Stimmen auf sich vereinigt; bei Stimmengleichheit entscheidet das Los. Der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund** der **Krankenkassen lädt zur** konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund **und leitet diese. In der konstituierenden Sitzung** sind die oder der Vorsitzende und die oder der stellvertretende Vorsitzende zu wählen. Absatz 1 Satz 2 bis 4 und **7 und** die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Absatz 1 Satz **7 am 30. Juni 2022 endet, die Frist nach Absatz 1 Satz** 2 am **30**. **September** 2021 endet, die Frist nach Absatz 1 Satz 3 am **31**. **Dezember** 2021 endet und die Satzung vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen ist.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 2	**Artikel 2**
Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**u n v e r ä n d e r t**
§ 199a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung und“ gestrichen.	
2. In Absatz 3 Nummer 1 werden die Wörter „oder der Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach Absatz 2“ gestrichen.	
3. Absatz 6 Satz 2 wird aufgehoben.	
4. In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „sowie Bescheinigungen“ gestrichen.	
Artikel 3	**Artikel 3**
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 17b *Absatz 3* wird wie folgt geändert*:*	1. § 17b wird wie folgt geändert
	a) In Absatz 1 Satz 6 werden im ersten Halbsatz die Wörter „bis spätestens zum 30. Juni 2016“ gestrichen und werden im zweiten Halbsatz die Wörter „die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen“ durch die Wörter „die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 5 werden die Wörter „*bestimmte* Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation *verpflichten* und“ gestrichen.	**aa**) In Satz 5 werden die Wörter „**bestimmte** Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation **verpflichtet** und“ gestrichen.
b) Satz 6 wird wie folgt gefasst:	**bb**) u n v e r ä n d e r t
„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 4, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen; diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.“	
2. § 17c wird wie folgt geändert:	2. § 17c wird wie folgt geändert:
a) In der Überschrift wird das Wort „Schlichtungsausschuss“ durch das Wort „Statistik“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275c Absatz 1“ ersetzt und werden die Wörter „§ 275 Absatz 1c Satz 2“ durch die Wörter „§ 275c Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	bb) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Dabei haben sie insbesondere Regelungen über	„Dabei haben sie insbesondere Regelungen über
1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,	3. u n v e r ä n d e r t
4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,	4. u n v e r ä n d e r t
5. die Prüfungsdauer,	5. u n v e r ä n d e r t
6. den Prüfungsort *und*	6. den Prüfungsort**,**
7. die Abwicklung von Rückforderungen	7. die Abwicklung von Rückforderungen **und**
	8. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1
zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1.“	zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1**. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind**.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) *In dem* neuen Satz *5* werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „nach Satz 1 oder Satz *4*“ eingefügt.	cc) **Im** neuen Satz **6** werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „nach Satz 1 oder Satz **5**“ **und nach dem Wort „nicht“ die Wörter „oder nicht fristgerecht“** eingefügt.
c) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:	c) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:
„(2a) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.	„(2a) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“	(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. **Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen der Erörterung nach Satz 1 nicht oder nicht innerhalb der in der Verfahrensregelung nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 vorgesehenen Frist, deren Lauf frühestens mit dem Inkrafttreten der Verfahrensregelung beginnt, schriftlich oder elektronisch gegenüber der anderen Partei geltend gemacht worden sind, und die nicht fristgemäße Geltendmachung auf von der Krankenkasse oder vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen beruht.** Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“
d) Absatz 3 wird aufgehoben.	d) u n v e r ä n d e r t
e) Die Absätze 4 und 4b werden die Absätze 3 und 4.	e) u n v e r ä n d e r t
f) *In* Absatz 3 *Satz 1* wird *die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275c Absatz 1“ ersetzt.*	f) Absatz 3 wird **wie folgt geändert:**
	aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1c“ durch die Angabe „§ 275c Absatz 1“ ersetzt.
	bb) Satz 4 wird aufgehoben.
g) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 5“ ersetzt und werden das Komma und die Wörter „Absatz 3 Satz 7 sowie des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach Absatz 3“ gestrichen.	g) u n v e r ä n d e r t
h) Absatz 5 wird wie folgt *geändert*:	h) Absatz 5 wird wie folgt **gefasst**:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.“
aa) In Satz 4 werden die Wörter „jeweils“ und „schriftliche“ gestrichen.	**entfällt**
bb) Satz 5 wird aufgehoben.	**entfällt**
i) Die folgenden Absätze 6 und 7 werden angefügt:	i) Die folgenden Absätze 6 und 7 werden angefügt:
„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:	„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:
1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,	1. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b,	5. u n v e r ä n d e r t
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,	6. u n v e r ä n d e r t
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.	7. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.	Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge **sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannte Anzahl und die Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b** nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationsersetzender Eingriffe zu untersuchen. Für die Erstellung des Berichts haben die Vertragsparteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam haben zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.“	(7) u n v e r ä n d e r t
3. § 19 wird wie folgt gefasst:	3. § 19 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 19	„§ 19
Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen	Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen
(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam bilden mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Für den Schlichtungsausschuss ist § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 5 und 7 entsprechend anzuwenden; bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser für die Bildung des Schlichtungsausschusses sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus berücksichtigt werden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen ganz oder teilweise nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Für die Geschäftsführung des Schlichtungsausschusses wird eine Geschäftsstelle errichtet, die insbesondere die Vorbereitung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses und die Information über dessen Entscheidungen vornimmt. Die Geschäftsstelle wird von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführt, das zu diesem Zweck eine Geschäftsordnung erlässt. Die Kosten der Geschäftsstelle sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder des Schlichtungsausschusses sowie das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.	(2) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(3) Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, von dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. *Eine Entscheidung* des Schlichtungsausschusses *gilt* für *alle* Krankenhausabrechnungen, die *ab* dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats *gestellt* werden, *sowie* für *Abrechnungen*, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.	(4) Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. **Die Entscheidungen** des Schlichtungsausschusses **gelten** für **die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von** Krankenhausabrechnungen **für Patientinnen und Patienten**, die **nach** dem ersten Tag des übernächsten auf die **Veröffentlichung der** Entscheidung folgenden Monats **in das Krankenhaus aufgenommen** werden, **und** für **die Krankenhausabrechnungen**, die **zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Entscheidung** bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.
(5) Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.	(5) u n v e r ä n d e r t
(6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und *für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats unmittelbar verbindlich; die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses* gelten als Kodierregeln.	(6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und gelten als Kodierregeln.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(7) Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Klagebefugt sind die Einrichtungen nach Absatz 3, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben, mit Ausnahme des Bundesministeriums für Gesundheit.“	(7) u n v e r ä n d e r t
Artikel 4	**Artikel 4**
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nummer 2 gehören	„Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nummer 2 gehören
1. eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,	1. u n v e r ä n d e r t
2. *die Leistungen von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetschern* bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung.“	2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung **Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen**.“
2. § 4 wird wie folgt geändert:	2. § 4 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen“ durch die Wörter „Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Frühgeborenen und bei Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „die Jahre ab dem“ durch das Wort „das“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
	c) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(9) Die folgenden Maßnahmen zur Erfüllung von Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes an die personelle Ausstattung werden finanziell gefördert, wenn die Maßnahmen die Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf einhalten, die in der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951) sowie der Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen (Bundesgesundheitsblatt 2016, S. 1183) genannt sind:
	1. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen:
	a) von Hygienefachkräften: in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2019,
	b) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie: in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	c) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung bis zum 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,
	d) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und
	e) von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten: in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2016,
	2. Fort- oder Weiterbildungen für die Jahre 2013 bis 2022:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	a) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro, ab dem Jahr 2020 in Höhe von jährlich 40 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
	b) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
	c) Fortbildung zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker durch strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro; spätestens im Jahr 2022 begonnene Fortbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert, und
	d) strukturierte curriculare Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)" von Ärztinnen, Ärzten, Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapothekern durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2013 bis 2026.
	Unabhängig von den in Satz 1 genannten Voraussetzungen werden die folgenden Maßnahmen finanziell gefördert:
	1. nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
	a) Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
	b) Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
	c) Fachärztinnen und Fachärzte als Expertinnen oder Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)" in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
	2. die in den Jahren 2016 bis 2022 begonnene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2016 bis 2026.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Kosten im Rahmen von Satz 1 Nummer 1, die ab dem 1. August 2013 entstehen, werden auch übernommen für nach dem 4. August 2011 vorgenommene erforderliche Neueinstellungen oder Aufstockungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes. Voraussetzung für die Förderung nach Satz 2 Nummer 1 ist eine schriftliche Bestätigung der Leitung des Krankenhauses, dass die Person klinisch und zu mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit im Bereich Antibiotic Stewardship oder Infektiologie tätig ist, sowie ein Nachweis, dass das Personal im Förderzeitraum über das bestehende Beratungsangebot im Bereich Antibiotic Stewardship informiert wurde. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 bis 3 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, die nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und e vorgenommen wurden, sind bei der Ermittlung des Betrags nach Satz 5 unter Beachtung von Tariferhöhungen zu berücksichtigen. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 5 und 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 8 Satz 3 und 6 bis 11 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist. Der Betrag nach den Sätzen 5 und 6 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“
3. § 6 wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) In Satz 3 werden die Wörter „von den Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.	
bb) In Satz 7 werden die Wörter „die Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.	
b) In Absatz 2a Satz 2 werden die Wörter „die Vertragsparteien nach § 9“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.	
4. *In* § 6a *Absatz 2 Satz 5 werden nach dem Wort „geprüft“ die Wörter „und § 275c Absatz 6 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist zu beachten“ eingefügt.*	4. § 6a **wird wie folgt geändert:**
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 5 werden nach dem Wort „geprüft“ die Wörter „und § 275c Absatz 6 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist zu beachten“ eingefügt.
	bb) In Satz 7 wird das Wort „drei“ durch das Wort „vier“ ersetzt.
	cc) Folgender Satz wird angefügt:
	„Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“
	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 3 wird die Angabe „30. April“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt.
	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Die Krankenkassen, die Vertragsparteien nach § 11 sind, übermitteln dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich nach der Vereinbarung des Pflegebudgets die vom Krankenhaus vorgelegten Daten zu den pflegebudgetrelevanten Kosten in elektronischer Form. Die näheren Einzelheiten zur Übermittlung der Daten nach Satz 5 und zu Maßnahmen im Falle einer nicht oder nicht unverzüglich erfolgenden Übermittlung legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.“
5. § 8 wird wie folgt geändert:	5. unverändert
a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.“	
b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:	
„Ferner dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.“	
	5a. § 10 Absatz 12 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„In den Basisfallwert, der ab dem 1. Januar 2023 gilt, sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in Höhe der von den Krankenhäusern im Land insgesamt für das Jahr 2022 nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen; soweit die Finanzierungsbeträge noch nicht feststehen, sind diese zu schätzen und Fehlschätzungen sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr zu berichtigen.“
6. In § 11 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ durch die Wörter „nach § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4, der Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	6. u n v e r ä n d e r t
	7. § 15 Absatz 2a Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 146,55 Euro zu multiplizieren. Für krankenhausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 abweichend von Absatz 2 Satz 3 die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.“
	8. § 21 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„e) die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach den Fachabteilungen des Standorts; für die in einer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten pflegesensitiven Bereiche sind die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zusätzlich gegliedert nach den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen zu übermitteln;“
	b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
	aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Darüber hinaus hat die Datenstelle für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e einen pauschalen Abschlag je Standort eines Krankenhauses festzulegen. Der Abschlag nach Satz 2 beträgt mindestens 20 000 Euro und höchstens 500 000 Euro. Zur Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 wird ein Abschlagsfaktor gebildet, indem die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte eines Krankenhausstandorts durch die Anzahl der Pflegevollkräfte, für die vollständig und rechtzeitig Daten übermittelt wurden, dividiert wird, wobei als Nenner mindestens die Zahl 1 anzunehmen ist. Der Abschlagsfaktor ist kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden und mit dem Mindestabschlagsbetrag von 20 000 Euro zu multiplizieren. Übermittelt ein Krankenhaus für einen Standort nicht die Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte, hat die Datenstelle die Anzahl der Pflegevollkräfte für die Ermittlung des Abschlags nach Satz 2 auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 sachgerecht zu schätzen.“
	bb) Im neuen Satz 7 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und die Höhe des jeweiligen Abschlags nach Satz 2“ eingefügt.
	cc) Im neuen Satz 8 werden nach dem Wort „berücksichtigen“ die Wörter „die Abschläge nach den Sätzen 1 und 2 und“ eingefügt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 5	**Artikel 5**
Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
§ 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird aufgehoben.	
Artikel 6	**Artikel 6**
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	**Änderung der Bundespflegesatzverordnung**
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	01. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
	„Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören
	1. eine Dialyse,
	2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen.“
	02. In § 3 Absatz 3 Satz 3 Nummer 5 werden nach dem Wort „Personal“ die Wörter „sowie eine darüber hinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal“ eingefügt.
1. § 8 wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	
„Entgelte für Leistungen dürfen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden.“	
b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„(6) Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.“	
2. In § 11 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(§ 8 Absatz 1 Satz 3 und 4)“ durch die Wörter „nach § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie unter Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	2. u n v e r ä n d e r t
	3. In § 18 Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Personal“ die Wörter „sowie eine darüber hinausgehende, im Gesamtbetrag vereinbarte Besetzung mit therapeutischem Personal“ eingefügt.
Artikel 7	**Artikel 7**
Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch	**u n v e r ä n d e r t**
§ 56 Absatz 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. April 2019 (BGBl. I S. 530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	
2. In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	
	Artikel 7a
	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Nach § 48 Absatz 6 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973, 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 46 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird folgender Absatz eingefügt:
	„(6a) Bei den Krankenkassen nach § 35a hat jede Vorschlagsliste mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerber zu enthalten.“
Artikel 8	**Artikel 8**
Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch	**u n v e r ä n d e r t**
In § 128 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung – vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetztes vom 18. April 2019 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist, werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.	
Artikel 9	**Artikel 9**
Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch	**u n v e r ä n d e r t**
§ 76 Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2639) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	
„(3) Ein Widerspruchsrecht besteht nicht in den Fällen des § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, des § 275c Absatz 1 und des § 275d Absatz 1 des Fünften Buches, soweit die Daten durch Personen nach Absatz 1 übermittelt werden.“	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 10	**Artikel 10**
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Die Angabe zu § 17 wird wie folgt gefasst:	
„§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen“.	
b) Die Angaben zu den §§ 53a und 53b werden wie folgt gefasst:	
„§ 53a Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	
§ 53b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte“.	
c) Nach der Angabe zu § 53b wird folgende Angabe zum Fünften Abschnitt des Fünften Kapitels eingefügt:	
„Fünfter Abschnitt	
Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund	
§ 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung	
§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund“.	
2. In § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	2. u n v e r ä n d e r t
3. In § 15 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.	3. u n v e r ä n d e r t
4. § 17 wird wie folgt geändert:	4. § 17 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 17	
Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen“.	
b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 1b wird wie folgt geändert:	d) Absatz 1b wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.	aa) In Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt **und werden die Wörter „bis zum 30. November 2016“ gestrichen.**
bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.	bb) u n v e r ä n d e r t
5. § 18 wird wie folgt geändert:	5. § 18 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1, Absatz 1a Satz 1 und Absatz 2a Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2b wird aufgehoben.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 2c wird Absatz 2b.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In den Sätzen 1 und 5 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	aa) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
bb) In Satz 11 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt und werden nach dem Wort „konkretisiert“ die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ eingefügt.	bb) u n v e r ä n d e r t
	cc) Folgender Satz wird angefügt:
	„Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.“
e) In Absatz 5a Satz 4 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt und werden nach dem Wort „Kriterien“ die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ eingefügt.	e) u n v e r ä n d e r t
f) In Absatz 6 Satz 1 und Absatz 6a Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	f) u n v e r ä n d e r t
g) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	g) u n v e r ä n d e r t
„Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“	
6. In § 18a Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	6. u n v e r ä n d e r t
7. § 18b Absatz 1 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien.“	
b) In Satz 2 werden die Wörter „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die“ durch das Wort „Die“ ersetzt.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. In § 18c Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	8. u n v e r ä n d e r t
9. In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 wird nach dem Wort „(Praktikanten)“ ein Komma und werden die Wörter „längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres“ eingefügt.	9. u n v e r ä n d e r t
10. In § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule *beendet*, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend“ eingefügt.	10. In § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule **abgeschlossen**, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort**, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres**; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend“ eingefügt.
11. In § 31 Absatz 3 Satz 1, § 33 Absatz 1 Satz 5, § 38a Absatz 1 Satz 2, § 44 Absatz 1 Satz 2 und § 46 Absatz 3 Satz 5 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	11. u n v e r ä n d e r t
12. § 53a wird aufgehoben.	12. u n v e r ä n d e r t
13. § 53b wird § 53a und in Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	13. u n v e r ä n d e r t
14. § 53c wird § 53b.	14. u n v e r ä n d e r t
15. Nach § 53b wird folgender Fünfter Abschnitt des Fünften Kapitels eingefügt:	15. Nach § 53b wird folgender Fünfter Abschnitt des Fünften Kapitels eingefügt:
„Fünfter Abschnitt	„Fünfter Abschnitt
Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund	Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund
§ 53c	§ 53c
Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung	Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung
(1) Die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches haben die ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner ihm nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen.	(1) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(2) Der Medizinische Dienst Bund gemäß § 281 des Fünften Buches nimmt die ihm nach § 53d zugewiesenen Aufgaben wahr.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Die Medizinischen Dienste erfüllen die ihnen jeweils obliegenden Aufgaben ab dem gemäß § 328 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches öffentlich bekannt zu machenden Datum des Ablaufs des Monats *nach Erteilung der* Genehmigung der Satzung. *Der Medizinische Dienst Bund erfüllt die ihm obliegenden Aufgaben ab dem 30. Juni 2021.* Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt gilt für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Elfte Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort und sie erfüllen die ihnen danach zugewiesenen Aufgaben. Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gilt bis *zum 30. Juni 2021* das Elfte Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort; er nimmt die ihm nach § 17 Absatz 1, 1b, den §§ 18b, 53a, 53b, 53c, 112a, 114a Absatz 7 und § 114c Absatz 1 zugewiesenen Aufgaben bis *zum 30. Juni 2021* wahr. Die danach durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassenen Richtlinien gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 fort.	(3) Die Medizinischen Dienste **und der Medizinische Dienst Bund** erfüllen die ihnen jeweils obliegenden Aufgaben ab dem gemäß § 328 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches öffentlich bekannt zu machenden Datum des Ablaufs des Monats**, in dem die** Genehmigung der Satzung **erteilt wurde**. Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt gilt für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Elfte Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort und sie erfüllen die ihnen danach zugewiesenen Aufgaben. Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gilt bis **zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt der Umstellung** das Elfte Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort; er nimmt **insbesondere auch** die ihm nach § 17 Absatz 1, 1b, den §§ 18b, 53a, 53b, 53c, 112a, 114a Absatz 7 und § 114c Absatz 1 zugewiesenen Aufgaben bis **zu diesem Zeitpunkt** wahr. Die danach durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassenen Richtlinien gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 fort.
§ 53d	§ 53d
Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund
(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegefachlichen und organisatorischen Fragen. Er berät den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien	(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter **Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter** fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien
1. zur Dienstleistungsorientierung nach § 18b,	1. u n v e r ä n d e r t
2. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die Aufgaben, die ihnen nach diesem Buch übertragen sind,	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter für die Aufgaben, die ihnen nach diesem Buch übertragen sind,	3. u n v e r ä n d e r t
4. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,	4. u n v e r ä n d e r t
5. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,	5. u n v e r ä n d e r t
6. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung.	6. u n v e r ä n d e r t
Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.	Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.
(3) Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien	(3) Der Medizinische Dienst Bund erlässt **unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts** im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen **und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste** Richtlinien
1. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,	1. u n v e r ä n d e r t
2. zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,	2. u n v e r ä n d e r t
3. zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,	3. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
4. zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,	4. u n v e r ä n d e r t
5. zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c Absatz 1,	5. u n v e r ä n d e r t
6. zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten und	6. u n v e r ä n d e r t
7. zu den von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichten und Statistiken.	7. u n v e r ä n d e r t
Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.“	Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.“
16. § 75 wird wie folgt geändert:	16. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	
b) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	
17. In § 92a Absatz 4 Satz 1 Nummer 4, § 94 Absatz 2 Satz 2 und § 112 Absatz 3 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	17. u n v e r ä n d e r t
18. § 112a wird wie folgt geändert:	18. § 112a wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 werden die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.	b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „**bis zum 31. Juli 2019** unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen **und**“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen **und unter Beteiligung**“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.	c) unverändert
d) In Absatz 5 werden die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.	d) unverändert
e) In Absatz 6 werden die Wörter „Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinischen Dienstes Bund“ ersetzt.	e) unverändert
19. In § 113 Absatz 1 Satz 1, § 113a Absatz 1 Satz 4, § 113b Absatz 2 Satz 9 und § 113c Absatz 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	19. unverändert
	19a. In § 113b Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 wird nach dem Wort „Reisekosten“ ein Komma und werden die Wörter „eines Verdienstausfalls sowie die Zahlung eines Pauschbetrages“ eingefügt.
20. In § 114 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	20. unverändert
21. § 114a wird wie folgt geändert:	21. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 1 und 4, Absatz 2 Satz 1, 4 und 5 und Absatz 4 Satz 4 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	
b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen, werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt, wird die Angabe „30. Juni 2011“ durch die Angabe „30. Juni 2020“ ersetzt und wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	
cc) In Satz 3 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt und werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.	
bb) In Satz 6 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.	
cc) In Satz 11 werden die Wörter „den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ durch die Wörter „die Medizinischen Dienste“ ersetzt.	
22. § 114c Absatz 1 wird wie folgt geändert:	22. § 114c Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.	a) In Satz 2 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ und die Wörter „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen **und**“ durch die Wörter „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen **und unter Beteiligung**“ ersetzt**, sowie die Wörter „bis zum 30. September 2019“ gestrichen.**
b) In Satz 6 werden die Wörter „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch die Wörter „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.	b) unverändert
23. § 115 wird wie folgt geändert:	23. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	
b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 9 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	
bb) In Satz 10 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	
c) In Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	
24. § 115a wird wie folgt geändert:	24. unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	
b) In Absatz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	
c) In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch das Wort „Bund“ ersetzt.	
25. In § 117 Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 werden jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	25. u n v e r ä n d e r t
	26. § 118 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
26. In *§ 118 Absatz 1* Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ gestrichen.	**a)** In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ gestrichen.
	b) In Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung“ eingefügt.
	c) In Satz 7 werden die Wörter „zur Erstattung der Reisekosten“ gestrichen.
27. § 142 wird wie folgt geändert:	27. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.	
bb) In Satz 1 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	
b) Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 11	**Artikel 11**
Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	**u n v e r ä n d e r t**
Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 29. April 2019 (BGBl. I S. 530) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 62a Satz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.	
2. In § 78 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ durch die Wörter „gemäß § 278 des Fünften Buches“ ersetzt.	
Artikel 12	**Artikel 12**
Aufhebung der Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung	**u n v e r ä n d e r t**
Die Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung vom 27. März 1996 (BGBl. I S. 568), die zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) geändert worden ist, wird aufgehoben.	
Artikel 13	**Artikel 13**
Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
In § 13a Absatz 3 Satz 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1952; 2012 I S. 197), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom … (BGBl. I S. …) geändert worden ist, werden die Wörter „Alters- oder Fachsemestergrenze des § 5 Absatz 1 Nummer 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Altersgrenze des § 5 Absatz 1 Nummer 9 oder Nummer 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 13a
	Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes
	In § 13 Absatz 3 Satz 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2019 (BGBl I S. 350) geändert worden ist, werden nach dem Wort „führt“ die Wörter „für den Bund“ eingefügt.
Artikel 14	**Artikel 14**
Evaluierung	**u n v e r ä n d e r t**
Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2023 auf der Grundlage des Berichts nach § 17c Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Der Bericht hat insbesondere die finanziellen und strukturellen Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationsersetzender Eingriffe zu untersuchen und auch eventuelle Folgewirkungen für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen.	
	Artikel 14a
	Änderung des Gesetzes zu Übergangsregelungen in den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Soziales und Staatsangehörigkeit nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	In § 8 Absatz 2 des Gesetzes zu Übergangsregelungen in den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Soziales und Staatsangehörigkeit nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. April 2019 (BGBl. I S. 418) werden die Wörter „Satz 1 und 2“ durch die Wörter „Satz 1 bis 3“ ersetzt.
	Artikel 14b
	Änderung der Wahlordnung für die Sozialversicherung
	§ 23 Absatz 2 Satz 1 der Wahlordnung für die Sozialversicherung vom 28. Juli 1997 (BGBl. I S. 1946), die zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In Nummer 5 wird das Wort „oder“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
	2. In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch das Wort „oder“ ersetzt.
	3. Folgende Nummer 7 wird angefügt:
	„7. die nicht die nach § 48 Absatz 6a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen Quoten einhält.“
Artikel 15	**Artikel 15**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis *5* am 1. Januar 2020 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis **4** am 1. Januar 2020 in Kraft.
(2) Artikel 1 Nummer 17 und 19 tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag der 2./3. Lesung] in Kraft.	(2) Artikel 1 Nummer 17 und 19 **Buchstabe a** tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag der 2./3. Lesung] in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer 1 und 12 Buchstabe b, Artikel 10 Nummer 9 und Artikel 13 treten am 1. April 2020 in Kraft.	**entfällt**
(*4*) Artikel 5 *tritt* am 1. Januar 2021 in Kraft.	(**3**) Artikel **1 Nummer 2c und 10c, Artikel** 5 **und Artikel 14a treten** am 1. Januar 2021 in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(5) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.	(**4**) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Lothar Riebsamen, Martina Stamm-Fibich, Detlev Spangenberg, Dr. Andrew Ullmann, Harald Weinberg und Maria Klein-Schmeink

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/13397, 19/13547** in seiner 115. Sitzung am 26. September 2019 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Die Gesetzesinitianten stellen fest, dass in den letzten Jahren wiederholt kritisch hinterfragt worden sei, inwieweit die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig von den Kranken- und Pflegekassen agierten. Die MDK führten im Auftrag der Krankenkassen Krankenhausabrechnungsprüfungen durch, bei denen sich aufgrund verschiedener Auffassungen über die erforderliche Behandlungsdauer sowie über die regelkonforme Kodierung und Abrechnung eine Vielzahl von Streitigkeiten ergäben. Es sei zu beobachten, dass die Krankenkassen häufig in einem zu großen Umfang Prüfungen veranlassten und die Prüfquoten kontinuierlich anstiegen. Die Abrechnungen sowie die Prüfungen der Krankenhausleistungen führten in ihrer derzeitigen Form zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten. Sowohl bei den MDK als auch in den Krankenhäusern werde durch die ineffiziente Ausgestaltung und dem damit verbundenen Zeitaufwand Personal gebunden, das insbesondere in den Krankenhäusern bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten fehle. Die Initianten des Gesetzentwurfs konstatieren, dass den MDK ein bedeutender Beitrag für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung zukomme. Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Unabhängigkeit der MDK seien im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode Ziele zur Umstrukturierung der MDK bestimmt worden. Danach müsse die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste gestärkt sowie dafür Sorge getragen werden, dass die Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch bundesweit einheitliche und verbindliche Reglungen gewährleistet werden könne.

Die Gesetzesinitianten stellen fest, dass es zur Erreichung dieser Ziele einer Organisationsreform sowie einer Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung bedürfe. Zur Stärkung der Unabhängigkeit müssten die organisatorischen Strukturen der MDK verändert werden. Künftig würden die MDK daher organisatorisch von den Krankenkassen getrennt und als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ geführt. Zudem werde die Besetzung der Verwaltungsräte neu geregelt. Der zunehmenden Belastung aller Beteiligten durch die Krankenhausabrechnungsprüfungen trage man mit einem Bündel an verschiedenen Maßnahmen Rechnung. Zum einen würden ein Prüfquotensystem und Strukturprüfungen eingeführt. Zum anderen setze man durch eine systematische Reduktion immer wieder auftretender strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen Anreize für eine regelkonforme Abrechnung. Zusätzlich werde der GKV-Spitzenverband künftig mit der Erstellung einer bundesweit einheitliche Statistik beauftragt, welche zur Stärkung der Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfungsgeschehen beitragen solle.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/13397 geprüft und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Erfüllungsaufwand nachvollziehbar dargestellt habe. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Folgen (Drucksache 19/13397, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 980. Sitzung am 20. September 2019 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (BR-Drs. 359/19 (Beschluss)).

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Beschluss des Bundesrates enthält insgesamt 19 Änderungsvorschläge. Diese beziehen sich u.a. auf das Genehmigungserfordernis des Haushaltes der Medizinischen Dienste durch die aufsichtsführenden Länder, das Verfahren zur Benennung der Vertreter für den Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste durch die Länder sowie dessen Zusammensetzung. Weitere Änderungsvorschläge beziehen sich auf das neue Prüfquotensystem bei Krankenhausabrechnungen. Zudem gibt es Änderungsvorschläge, die sich nicht auf Regelungen des Gesetzentwurfs, sondern auf die Krankenhausfinanzierung ab 2020 beziehen. Gefordert werden insbesondere eine zusätzliche Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen beim Pflegepersonal durch Anhebung der Landesbasisfallwerte und eine Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts.

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 19/13547) zugesagt, u.a. die Änderungsvorschläge zur Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts und zur Verlängerung der Frist für die Benennung der Verwaltungsratsmitglieder der Medizinischen Dienste durch die Länder zu prüfen. Abgelehnt werden insbesondere die Änderungsvorschläge zur Anhebung der Landesbasisfallwerte, zur Regelung des Verfahrens der Benennung von Verwaltungsratsmitgliedern der Medizinischen Dienste durch Rechtsverordnung und zur Streichung des Genehmigungserfordernisses des Haushaltsplanes der Medizinischen Dienste.

III. Stellungnahmen des Parlamentarischen Beirats für nachhaltige Entwicklung

Der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung hat sich im Rahmen seines Auftrags gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 19/1837 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13397, 19/13547 befasst und festgestellt, dass eine Nachhaltigkeitsrelevanz des Gesetzentwurfs gegeben sei. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und daher eine Prüfbitte nicht erforderlich sei (Ausschussdruck-sache 19(26)40-14).

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Beratungsverlauf

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 58. Sitzung am 25. September 2019 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13397, 19/13547 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 60. Sitzung am 14. Oktober 2019 hat der Ausschuss die Beratungen zu dem Gesetzentwurf aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 61. Sitzung am 14. Oktober 2019 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), BKK Dachverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB), Deutscher Pflegerat e. V. – DPR, GKV-Spitzenverband, IKK e. V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband VdK Deutschland e. V., UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB). Als Einzelsachverständige waren geladen: Prof. Dr. Andreas Beivers und Uwe Klemens. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 69. Sitzung am 6. November 2019 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13397, 19/13547 abgeschlossen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beratungsergebnis

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13397, 19/13547 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Änderungsanträge

Der Ausschuss für Gesundheit hat zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/13397 eine Reihe von Änderungen beschlossen. Diese haben insbesondere folgenden Inhalt:

Es werden Veränderungen beim Prüfquotensystem bei Krankenhausabrechnungen vorgenommen. Insbesondere wird die Prüfquote für das Jahr 2020 von 10 Prozent auf 12,5 Prozent angehoben. Zudem haben Krankenhäuser, deren Rechnungen beanstandet werden, bereits im Jahr 2020 einen Aufschlag auf den Rückzahlungsbetrag zu leisten.

Der Umfang pflegeentlastender Maßnahmen, die neben den tatsächlichen Pflegepersonalkosten zusätzlich im Pflegebudget berücksichtigt werden können, wird von 3 Prozent auf 4 Prozent erhöht.

Es wird eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für die bestehende Vereinbarung des GKV-Spitzenverbands über die Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellenspender mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Blutstammzellenspendern maßgeblichen Organisationen geschaffen.

Im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wird eine Förderung von mindestens 250 angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vorgesehen.

Zur Erhöhung der Rechtssicherheit und Versorgungsqualität wird vorgesehen, dass der Medizinische Dienst künftig regelmäßige Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durchführen kann. Damit kann nicht nur bei Anhaltspunkten auf Verstöße überprüft werden, ob ein Krankenhaus die Qualitätsanforderungen der Strukturrichtlinien des G-BA einhält, sondern beispielsweise auch vor einer erstmaligen Leistungserbringung.

Die gesetzlich vorgesehenen Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene werden der Bundesebene angeglichen.

Das Verfahren zum Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse wird für die Mitglieder einfacher und einheitlicher gestaltet. Bürokratie wird abgebaut, indem elektronische Meldeverfahren genutzt werden.

Ein Änderungsantrag zum Abbau der überschüssigen Finanzreserven der Krankenkassen stellt sicher, dass die Regelungen zum verpflichtenden stufenweisen Abbau überschüssiger Finanzreserven ab dem Haushaltsjahr 2020 anzuwenden sind.

Die Stellung der bei den Medizinischen Diensten zu bestellenden Ombudsperson wird weiter gestärkt. So berichtet diese nunmehr jährlich statt zweijährlich dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes und der Aufsichtsbehörde und veröffentlicht ihren Bericht. Auch ist die Krankenkasse bei jedem ablehnenden Leistungsbescheid, in dessen Vorfeld eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst stattgefunden hat, verpflichtet, die Versicherten auf die Möglichkeit der Einschaltung der Ombudsperson hinzuweisen. Zur Vereinheitlichung der Aufgabenwahrnehmung der Ombudspersonen erlässt der Medizinische Dienst Bund eine Richtlinie über die Bestellung, die Vergütung und die unabhängige Aufgabenwahrnehmung der Ombudsperson.

Die Transparenz der Leistungsentscheidungen der Krankenkassen wird durch die Verpflichtung der Krankenkassen erhöht, bei jedem ablehnenden Leistungsbescheid, der auf der Grundlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes erlassen wurde, den Versicherten das Ergebnis des Gutachtens und dessen wesentliche Gründe in verständlicher Form mitzuteilen.

Der Koalitionsvertrag sieht vor, das Hygieneförderprogramm ab dem Jahr 2020 zu verlängern. Dies geschieht mit einem neuen Schwerpunkt, der auf den sachgerechten Einsatz von Antibiotika abzielt.

Es wird klargestellt, dass die Kosten für Leihpersonal in der Pflege im Pflegebudget nur bis zur Höhe der tarifvertraglichen Vergütung erstattungsfähig sind. Zudem können für Leihpersonal die Kosten für Vermittlungsentgelte nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die bestehende Nachweisverpflichtung über die zweckentsprechende Mittelverwendung zur Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben wird um einen Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung für darüber hinaus vereinbarte finanzielle Mittel für therapeutisches Personal erweitert. Damit wird die Verhandlungsposition der Krankenhäuser gestärkt, die für eine angemessene Patientenversorgung erforderlichen Personalstellen zu vereinbaren.

Mit einer Geschlechterquote bei der Listenaufstellung im Rahmen der Sozialwahlen soll eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Verwaltungsräten der Krankenkassen erreicht werden.

Es wird geregelt, dass die Bundesärztekammer die Kosten für die Erstellung der Liste, in der die Ärzte und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, aufgeführt sind, erstattet erhält.

Der Änderungsantrag 5 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Der Änderungsantrag 7 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.1neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge 1 bis 4, 6, 8 bis 57 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.1neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Weiter haben dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)104.2 drei Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Änderungsantrag 1 *(Versicherungspflicht für Studierende)*

Zu Artikel 1 (§ 5 Abs. 1 SGB V, §190 Abs. 9 SGB V)

1. Artikel 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

‚§ 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 9 erster Halbsatz werden die Wörter „längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres“ gestrichen.

b) In Nummer 9 zweiter Halbsatz werden die Wörter „oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres“ und „die Überschreitung der Altersgrenze“ gestrichen.‘

2. Artikel 1 Nr. 12 Buchstabe a) wird wie folgt geändert:

‚ Absatz 9 wird wie folgt geändert:

‚ Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. das 14. Fachsemester vollendet haben.“

‚ In Satz 2 wird das Wort „Altersgrenze“ durch das Wort „Semestergrenze“ ersetzt.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung schafft keine Verbesserung für Studierende, die das 30. Lebensjahr überschritten haben. Sie fallen grundsätzlich - wie bisher - aus der Versicherungspflicht nach § 5 SGB V, wenn sie das 30. Lebensjahr vollendet haben und müssen, da für sie dann der besondere Beitragssatz nach § 245 SGB V nicht mehr gilt, deutlich höhere Krankenversicherungsbeiträge entrichten. Daten der Bundesregierung zeigen, dass der Anteil von Studierenden, die älter als 30 Jahre sind, ansteigt und zum Wintersemester 2017/18 bei 16,37 Prozent lag. Zudem korrespondiert die Altersbegrenzung des Gesetzentwurfes nicht mit der möglichen BAföG-Förderung bei Aufnahme eines Masterstudiums vor Vollendung des 35. Lebensjahres. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Änderungsantrag statt der Semesterbegrenzung die Altersbegrenzung gestrichen. Zugleich wird auch die im Gesetzentwurf in Art. 1 Nr. 1 Buchstabe b vorgesehene Altersbegrenzung bei Praktika auf 30 Jahre

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gestrichen. Praktika sind meist Bestandteil der Studienordnungen, sodass die Regelung nun ältere, aus der Berufstätigkeit wechselnde Studierende benachteiligt (vgl. Stellungnahme des Deutschen Studentenwerkes vom 18.10.2019; https://www.studentenwerke.de/de/content/mdk-reformgesetz-dsw-generalsekret%C3%A4rs; abgerufen am 29.10.2019).

***Änderungsantrag 2** (Transparenz über Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst)*

Artikel 1 Nr. 21 wird wie folgt geändert:

a) Nach Buchstabe e) wird folgender Buchstabe f) eingefügt:

‚f) Nach Absatz 3b wird folgender Absatz 3c angefügt:

„(3c) In Fällen, in denen der Medizinische Dienst ein Gutachten erstellt, erhalten die Versicherten eine Ausfertigung des erstellten Gutachtens. Dieses hat eine laienverständliche Erläuterung der zentralen Inhalte und Ergebnisse des Gutachtens zu enthalten.“‘

b) Die bisherigen Buchstaben f) und g) werden zu den Buchstaben g) und h).

Begründung:

Aus Datenschutzgründen und um die Vertraulichkeit der medizinischen Daten der Versicherten zu wahren, übermittelt der Medizinische Dienst den Krankenkassen keine medizinischen Details. Dies führt dazu, dass diese auch nicht in den ablehnenden Leistungsbescheiden der Krankenkassen auftauchen. So kann der Eindruck entstehen, dass die medizinischen Belange nicht ausreichend berücksichtigt worden sind. Für mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Bescheide sowie zur Stärkung der Patientensouveränität sollten Patientinnen und Patienten, über welche die Medizinischen Dienste ein Gutachten erstellen, dieses zur Kenntnis immer zugesandt bekommen. Darüber hinaus gewinnt die Patientin oder der Patient dadurch auch wertvolle Zeit, da er oder sie nicht erst Akteneinsicht fordern muss, sollte es zu einem Widerspruchsverfahren oder gar zu einer Klage kommen. In der Pflege wird das Pflegegutachten bereits heute regelhaft zur Verfügung gestellt.

***Änderungsantrag 3** (Vorstand des Medizinischen Dienstes)*

Artikel 1 Nr. 25 wird wie folgt geändert:

1. In § 279 Abs. 7 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Dem Vorstand muss mindestens eine Frau angehören.“

2. In § 282 Abs. 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Dem Vorstand muss mindestens eine Frau angehören.“

Begründung:

Im vorliegenden Gesetzentwurf sowie dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) wird das Defizit gesetzlicher Vorgaben zur Herstellung einer angemessenen Repräsentanz von Frauen in der Führung der Selbstverwaltungsgremien des Gesundheitswesens adressiert. Der Gesetzentwurf regelt die paritätische Wahl von Frauen in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes. Um eine gleichgestellte Repräsentation auch im Vorstand sicherzustellen, wird der neue Satz zwei eingefügt.

Die konkrete Formulierung dieses Änderungsantrags orientiert sich am Gesetzentwurf der Bundesregierung für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG), in dem für den Vorstand des GKV Spitzenverbands vorgesehen ist, dass ihm mindestens eine Frau angehören muss. Gleiches sollte auch für den Vorstand des Medizinischen Dienstes sowie den Vorstand des Medizinischen Dienst Bund gelten, der jeweils aus zwei Personen bestehen soll (§ 279 Abs.7 sowie § 282 Abs. 4 neu SGB V) und sich aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter bildet. Der vorliegende Änderungsantrag sieht vor, dass, wenn der Vorstandsvorsitzende männlich ist, die Stellvertreterin eine Frau sein muss.

Der Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Änderungsantrag 2 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Der Änderungsantrag 3 auf Ausschussdrucksache 19(14)104.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Petitionen

Dem Ausschuss für Gesundheit hat zudem eine Petition vorgelegen, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestags erbeten hat. Die Petition wurde in die Beratungen einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** stellte fest, dass eine nicht tolerierbare Zahl an Vorkommnissen wie die unbegründete Ablehnung von Reha-Anträgen oder Falschabrechnungen in erheblichem Umfang zu einem Vertrauensverlust bei Patienten, Leistungserbringern und Krankenkassen geführt hätten. Das MDK-Reformgesetz setze deshalb an drei Stellen an, um hier deutliche Verbesserungen zu erzielen. Es gehe zunächst darum, den Medizinischen Dienst unabhängig zu machen und damit Transparenz und Vertrauen in seine Entscheidungen zu schaffen. In diesem Zusammenhang seien auch die veränderte Zusammensetzung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes und die Begrenzung der Dauer der Mitgliedschaft in diesem Gremium von Bedeutung. Der zweite Punkt betreffe die Abrechnungen der Krankenhäuser. Um sowohl den Medizinischen Dienst als auch die Krankenhäuser selber sowie die Sozialgerichte zu entlasten, würden zukünftig Krankenhäuser, die abrechnungstechnisch wenig auffällig seien, weniger und Krankenhäuser, die sehr auffällig seien, mehr geprüft werden. Nicht korrekte Rechnungen werden zukünftig mit einem Aufschlag versehen. Der dritte Punkt betreffe den neuen Schlichtungsausschuss. Dieser werde dafür sorgen, dass die Sozialgerichte weniger Einzelfallentscheidungen treffen müssten. Gleichzeitig werde auch das Abgrenzungsproblem ambulanter und stationärer Abrechnungen gelöst. Davon, und auch von der Vereinbarung zwischen den Kassen und den Krankenhäusern, den Katalog der ambulanten Operationen konkreter zu fassen, verspreche man sich sehr viel. Außerdem werde klargestellt, dass die untere Verweildauer, die in der Vergangenheit die häufigste gewesen sei, künftig nicht mehr in dem Maße eine Rolle spielen werde. Die Fraktion der CDU/CSU zeigt sich überzeugt, dass die aufgeführten Maßnahmen insgesamt zu mehr Transparenz und Vertrauen bei Patientinnen und Patienten, aber auch auf Seiten der Leistungserbringer führten.

Die **Fraktion der SPD** betonte, Ziel des MDK-Gesetzes sei es, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unabhängig zu gestalten und in eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts, den Medizinischen Dienst (MD), zu überführen. Man habe sich dafür eingesetzt und erreicht, dass in Zukunft die demokratischen legitimierten und in Sozialwahlen gewählten Vertreter der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens weiterhin Mitglieder in den Verwaltungsräten des Medizinischen Dienstes seien. Damit habe man den Vorwurf, die Reform stelle einen Angriff auf die Selbstverwaltung dar, aus dem Weg räumen können. Um die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes zu gewährleisten, habe man dafür gesorgt, dass in der neuen Dachorganisation, dem MD Bund, in Zukunft keine Vertreter des GKV-Spitzenverbandes Mitglieder sein dürften. Weiter sei die Position der Ombudspersonen gestärkt worden, wenn es zu Streitigkeiten bei der Begutachtung durch den MD komme. Außerdem gebe es künftig eine Mitteilungspflicht. In Zukunft würden Patienten automatisch über das Ergebnis der Begutachtung informiert. Eine weitere Neuerung sei eine Geschlechterquote für die Verwaltungsräte der Krankenkassen, um eine angemessen Repräsentation von Frauen in der Selbstverwaltung zu gewährleisten. Weitreichende Änderungen gebe es auch im Bereich der Kontrolle von Krankenhausabrechnungen, einer weiteren gewichtigen Aufgabe des Medizinischen Dienstes. Das ursprünglich geplante Aufrechnungsverbot von Forderung der Krankenkassen oder der Krankenhäuser bei Folgeabrechnungen, sei eingeschränkt und die allgemeinen Prüfquoten auf 12,5 Prozent angehoben worden. Um zu verhindern, dass Krankenhäuser versuchten, über die Einreichung von Rechnung, den erhöhten Prüfquoten ab 2021 zu entgehen, sei eine Fristverlängerung für die Krankenkassen eingeführt worden. Das Gesetz trage dazu bei, verlorengegangenes Vertrauen in den MD wieder herzustellen. Die sozialdemokratische Handschrift darin sei unverkennbar.

Die **Fraktion der AfD** gab zu verstehen, dass man zwar grundsätzlich eine Änderung der Rechtsform unterstütze die Regelung zur Festlegung von Prüfungsquoten aber ablehne, da sie dazu führen könne, dass die Betreffenden bei Erreichen der Quote dazu verleitet würden, nicht mehr weiterhin ordnungsgemäß abzurechnen. Zudem lehne

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

man das Aufrechnungsverbot ab. Man schlage zudem vor, die zu prüfenden Leistungen klarer zu definieren, um strittige Abrechnungen zu reduzieren. Man stimme also der Unabhängigkeit des MDK unter dem neuen Namen MD zu, dem ganzen Gesetz könne man aber, vor allem wegen der genannten Gründe, nicht zustimmen.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, dass sie die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgten Ziele, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zu stärken, deren Unabhängigkeit zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen, ausdrücklich unterstütze. Die im MDK-Reformgesetz zur Erreichung dieser Ziele getroffenen Regelungen gingen in die richtige Richtung, gleichzeitig bewerte man aber die ebenfalls damit einhergehende Schwächung der sozialen Selbstverwaltung als kritisch. Zudem befürchte man, dass die legitimen Interessen der Beitragszahlenden nicht hinreichend abgebildet würden. Ebenso müssten die Regelungen hinsichtlich des Verfahrens der Abrechnungsprüfungen in den Krankenhäusern als kritisch betrachtet werden. Die Neuregelungen schufen die Gefahr von drastischen Mehrausgaben und neuen Fehlanreizen. Insbesondere die willkürliche Quotierung der Abrechnungsprüfungen müsse man ablehnen. Zwar begrüßte die Fraktion die Einführung regelmäßiger Prüfungen anstelle von Einzelfallprüfungen, allerdings sei der zentrale Aspekt der Indikationsqualität außer Acht gelassen worden. Zudem seien notwendige strukturelle Reformen im Krankenhausbereich nicht betrachtet worden. Die Bundesregierung betreibe Symptombekämpfung und widme sich nicht den eigentlichen Ursachen der zunehmenden Abrechnungsstreitigkeiten. Zu diesen gehörten die steigende Komplexität des Vergütungssystems sowie die Setzung falscher Anreize durch das Vergütungssystem. Eine Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe für Krankenhäuser halte man für einen guten Ansatz, das Problem fehlender intersektoraler Vergütungssysteme werde damit aber nicht gelöst. Eine Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit im Pflegebudget lehnten sie ab. Mit der im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) gesetzlich eingeleiteten Herausnahme der Pflegekosten aus dem DRG-Fallpauschalensystem sei ein ordnungspolitischer Irrweg eingeschlagen worden, der zu einer Vielzahl an Problemen führe. Aufgrund der genannten Gründe lehne man daher den Gesetzentwurf ab.

Die **Fraktion DIE LINKE.** konstatierte, dass sie die Zielsetzung des Gesetzes, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu einer unabhängigen Institution zu machen, unterstütze. Mit dem Referentenentwurf sei allerdings erneut per Gesetzentwurf der Bundesregierung ein erheblicher Angriff auf die soziale Selbstverwaltung initiiert worden. Eine solche Schwächung lehne man grundsätzlich ab. Daher habe man es begrüßt, dass durch die Änderungen im Ausschuss nun zumindest wieder der Kernbestand der sozialen Selbstverwaltung in dem Gesetzentwurf wiederhergestellt sei. Hinsichtlich der Krankenhausabrechnungen teile man die Intention des Gesetzentwurfs, die Sozialgerichte zu entlasten. Allerdings betrachte man die schlichte Begrenzung der Abrechnungsprüfungen als nicht ausreichend. Aufgrund der stark zunehmenden Komplexität des Finanzierungssystems würden sich viele Beteiligte im Krankenhaussektor wünschen, dass die Finanzierungssystematik auf den Prüfstand gestellt werde. Die Vorschläge würden zudem zu einer Abrechnungsbürokratie auf beiden Seiten führen, die eine Bindung von Mitteln zur Folge hätte, obwohl die Mittel in der Versorgung erheblich notwendiger wären. Die Fraktion DIE LINKE. stelle die Finanzierungssystematik über die diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) daher ausdrücklich in Frage. Hinsichtlich der Einführung einer Stichtagsregelung bei den Verrechnungen der Krankenkassen, könne vorausgesagt werden, dass durch diese Regelung zumindest einige Krankenhäuser in eine finanzielle Schieflage gerieten. Es sei nämlich davon auszugehen, dass die Krankenkassen die Zeit bis zum Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2020 zur Vornahme von Verrechnungen noch einmal ausnutzten. Die Änderungsanträge hätten zwar insgesamt tendenziell noch zu einer Verbesserung geführt, dennoch müsse man sich bei dem Gesetz enthalten. Bezüglich der Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN könne man feststellen, dass der erste Änderungsantrag nicht einleuchtend sei und man ihn daher ablehnen werde. Den anderen beiden Änderungsanträgen werde man zustimmen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** stellte fest, dass sie die mit dem Gesetz verfolgte Intention zwar begrüße, sich gleichzeitig in der Ausführung aber viele Mängel zeigten. Die durch die Herauslösung des Medizinischen Dienstes aus den Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen gewonnene Unabhängigkeit halte man für außerordentlich wichtig. Sie hätte sich aber gewünscht, dass die Unabhängigkeit durch eine Schaffung von Qualitätskriterien für die Begutachtung eine weitere Stärkung erfahren hätte. Daher sei der mit dem Änderungsantrag erfolgte Schritt, weiterhin als halbherzig einzustufen. Zur Lösung dieser Probleme hätte man sich zudem eine stärkere Beteiligung der Patientinnen- und Patientenverbände gewünscht. Die mit dem Entwurf verfolgte Zielsetzung, die medizinischen Dienste zu entlasten, in dem die Dienste weniger mit der Überprüfung von Krankenhausrechnungen beschäftigt seien, halte man für sinnvoll. Der zur Lösung gemachte Vorschlag, könne allerdings nicht überzeugen, da die Quotenregelung zwar grundsätzlich in der Lage sei, Entlastungen zu schaffen, gleichzeitig

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

aber zu falschen Anreizen führe. Den Ansatz, die Strukturprüfungen anzugliedern, halte man für richtig, ebenso wie die Möglichkeit, Schlichtungsentscheidungen als Maßgabe für Kriterien zugrunde zu legen. Allerdings fehle im Gesetzentwurf der Regelungsbereich der sekundären Fehlbelegung, der in vielen Regionen zu Problemen führe. Diese Thematik umfasse dabei auch die Frage nach unteren und oberen Verweildauern. Nach wie vor bestehe dort noch viel Klärungsbedarf. Man sei sich sicher, dass die Fragen auch in der Zukunft eine Rolle spielten. Insgesamt könne man mit dem Gesetzentwurf zwar kleine Verbesserungen erreichen, gleichzeitig bestehe an einigen Stellen weiterhin Verbesserungsbedarf, weshalb man sich enthalten werde.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/13397, 19/13547 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 0 (Amtliches Inhaltsverzeichnis Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Buchstabe a

Im amtlichen Inhaltsverzeichnis des Fünften Buches Sozialgesetzbuch muss in der Überschrift des Neunten Kapitels die Namensänderung von „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ zu „Medizinischer Dienst“ nachgezogen werden.

Auch endet der Zweite Abschnitt des Neunten Kapitels nun mit dem neu geschaffenen § 283a, sodass das Inhaltsverzeichnis auch im Hinblick hierauf anzupassen ist.

Zu Buchstabe b

Das Dreizehnte Kapitel endet durch die Schaffung der §§ 327, 328 mit dem § 328, sodass das Inhaltsverzeichnis diesbezüglich angepasst werden muss.

Zu Nummer 1 Buchstabe a (Folgeänderung studentische Krankenversicherung)

Bei der ergänzenden Streichung der Wörter „oder eine längere Fachstudienzeit“ in § 5 Absatz 1 Nummer 9 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Streichung des 14. Fachsemesters als Beendigungsgrund für die Krankenversicherung der Studenten. Die gestrichenen Wörter beziehen sich ausschließlich auf den Ausnahmetatbestand bei Überschreitung des 14. Fachsemesters aus familiären sowie persönlichen Gründen. Dieser Regelungsteil ist daher entbehrlich.

Zu Nummer 2

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die Altersgrenze der Vollendung des 25. Lebensjahres für die Familienversicherung in den Fällen des Studienabschlusses im laufenden Semester weiterhin unangetastet bleibt und vorrangig anzuwenden ist. Bei Vollendung des 25. Lebensjahres endet die Familienversicherung somit weiter taggenau.

Die Regelung findet nur dann Anwendung, wenn der Studierende durch die Abschlussprüfung im laufenden Semester aus der Familienversicherung ausscheiden würde und dadurch bis zum Semesterende für wenige Wochen verwaltungsaufwändig in die Krankenversicherung der Studenten aufgenommen werden müsste, obwohl er sein Studium eigentlich bereits abgeschlossen hat.

Zu den Nummern 2a und 2d

Die Änderungen sind lediglich redaktionelle Folgeänderungen, mit denen der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

Zu Nummer 2b Buchstabe a

Es handelt sich um die Korrektur einer unvollständigen Verweisung auf einen anderen Paragraphen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 2b Buchstabe b

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung. Nach § 32 Absatz 2 Satz 2 ist eine Zuzahlung für Massagen, Bäder und Krankengymnastik auch dann zu leisten, wenn sie als Bestandteil der ärztlichen Behandlung oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben wird. Seit dem 1. Juli 2019 gelten bundesweit einheitliche Preise nach § 125b. Künftige Preisverhandlungen finden nach § 125 auf Bundesebene statt, so dass es nur noch einen Referenzpreis für die Berechnung der Zuzahlung gibt. Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gelten die Verträge nach § 125 sowie die bundesweit festgesetzten Preise nach § 125b Absatz 2 entsprechend. Da der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Preise zu veröffentlichen hat, ist eine Mitteilung an die Ärzteschaft nicht mehr erforderlich. Demzufolge konnten die Sätze 3 bis 5 angepasst und vereinfacht werden.

Zu Nummer 2c

Mit der Änderung in § 53 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 175 SGB V.

Zu Nummer 2e (Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender)

Mit der Neuregelung wird eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für eine bereits bestehende Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche und Auswahl nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen geschaffen.

Bereits im Jahr 1993 wurde auf Basis eines Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit eine „Vereinbarung über die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripheren Blut“ von den früheren Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossen. Infolge der Organisationreform durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird die Vereinbarung seit dem Jahr 2010 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a fortgeführt.

Auf der Grundlage dieser Vereinbarung wird für die Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Blutstammzelltransplantaten ein funktionierendes System der Suche und Auswahl des jeweils bestmöglichen nichtverwandten Spenders unter Berücksichtigung der dieser Versorgungsform inhärenten Besonderheiten sichergestellt. Dafür ist es erforderlich, über eine zentrale vermittelnde Stelle alle in Deutschland tätigen Spenderdateien und Transplantationseinheiten koordiniert einzubinden, und so alle potenziellen Spender für die Auswahl heranzuziehen und die Abläufe einheitlich zu regeln. Die auf der Basis dieser Vereinbarung in der Praxis seit Jahren etablierte und bewährte Zusammenarbeit aller beteiligten Organisationen, zu denen insbesondere Spenderdateien, Sucheinheiten, Transplantationseinheiten, Fachgesellschaften und das Zentrale Knochenmarkspenderegister Deutschland (ZRKD) als zentrale vermittelnde Stelle gehören, trägt insbesondere der Sicherung der Qualität und Transparenz der Versorgung von Versicherten mit Blutstammzelltransplantaten Rechnung. Die bestehende Vereinbarung umfasst auch die Abrechnung der erbrachten Leistungen für die Spendersuche und -auswahl mit den Krankenkassen.

Die in der Neuregelung enthaltenen Vorgaben geben im Wesentlichen den Inhalt der bereits bestehenden Vereinbarung wieder, stellen diese nunmehr auf eine explizite Rechtsgrundlage und schaffen damit auch eine rechtssichere Grundlage für deren Weiterentwicklung.

Mit der Regelung werden keine neuen Datenverarbeitungsbefugnisse geschaffen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt bei den Krankenkassen auf der Rechtsgrundlage des § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 (Prüfung der Leistungspflicht) und Nummer 8 (Abrechnung mit den Leistungserbringern) in Verbindung mit § 284 Absatz 3 Satz 1 Alternative 1. Bei den übrigen an der Spendersuche und der Spende beteiligten Organisationen erfolgt die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung der Spender.

Mit Satz 1 wird für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Rechtsgrundlage für die bestehende Vereinbarung mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen geschaffen. An der Vereinbarung beteiligt sind neben dem ZKRD insbesondere alle in Deutschland tätigen Spenderdateien, die Sucheinheiten sowie die Transplantationszentren. Generelle Regelungsgegenstände der Vereinbarung sind die Grundlagen,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Abläufe, Finanzierung und Weiterentwicklung der Suche und Auswahl von nichtverwandten Blutstammzellspendern für die Versorgung der GKV-Versicherten.

Mit Satz 2 werden die grundlegenden Ziele bestimmt, denen die Vereinbarung nach Satz 1 Rechnung zu tragen hat. Hierzu gehören sowohl die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten mit den am besten geeigneten Blutstammzelltransplantat nichtverwandter Spender sowie die Qualitätssicherung und Transparenz des Auswahlverfahrens auch im Hinblick auf die Einhaltung bestehender Regelungen zum Schutz der Spender und Empfänger.

Mit Satz 3 werden obligatorische Bestandteile der Vereinbarung nach Satz 1 vorgegeben. Nach Nummer 1 gehört hierzu die Benennung einer zentralen Stelle für die Koordination der Zusammenarbeit der an der Spendersuche und Blutstammzellspende beteiligten Organisationen und die Zusammenführung der bei diesen Organisationen vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen bei dieser zentralen Stelle. Dies ist erforderlich, um zu gewährleisten, dass bei Suchen nach dem für die schwerkranken Versicherten am besten geeigneten Blutstammzelltransplantat von nichtverwandten Spendern die Auswahl unter allen von den Spenderdateien registrierten Spendern und damit mit den größten Erfolgsaussichten erfolgen kann. Das Zusammenwirken der zentralen Stelle nach Nummer 1 mit den übrigen an der Spendersuche und Spende beteiligten Organisationen ist nach Nummer 2 ein weiterer obligatorischer Gegenstand der Vereinbarung nach Satz 1. Nach Nummer 3 sind als obligatorische Gegenstände der Vereinbarung nach Satz 1 die Vergütung der im Rahmen der Suche und Auswahl nichtverwandter Blutstammzellspender erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen sowie ein dazugehörendes Abrechnungsverfahren vorgegeben.

Satz 4 regelt optionale Inhalte der Vereinbarung. Nach Nummer 1 können in der Vereinbarung nach Satz 1 für die Zusammenführung der vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen sowie für die Zusammenarbeit der in Satz 1 genannten Organisationen einheitliche Datensatzbeschreibungen und Übermittlungsverfahren vorgegeben werden. Einheitliche Datensatzbeschreibungen für den Informationsaustausch und Vorgaben zur Datenübermittlung sollen die Interoperabilität zwischen Spenderdateien, Sucheinheiten und dem ZKRD als zentraler Stelle sicherstellen und damit die technischen Voraussetzungen für eine sichere und schnelle Identifikation des bestmöglichen Spenders und ein hohes Maß von Transparenz in den Versorgungsabläufen schaffen.

Nummer 2 sieht Vorgaben für eine übergreifende Evaluation und Qualitätssicherung des Such- und Auswahlverfahrens vor. Dazu können insbesondere Regelungen zur Erfassung und Auswertung für die Suche und Auswahl der Spender qualitätsrelevanter Parameter gehören. Diese Parameter können sich zum Beispiel auf die Vorbereitung und Durchführung der Spende, die Nachsorge der Spender, die Transplantation und den klinischen Verlauf nach der Transplantation beziehen. Dabei sind die weitergehenden gesetzlichen Vorgaben für Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten zu beachten.

Nach Satz 5 bleibt die Vorschrift nach § 27 Absatz 1a Satz 6 unberührt. Insoweit kann die nach dieser Vorschrift vorzunehmende Vereinbarung über die Abwicklung der leistungsrechtlichen Ansprüche des Spenders nicht durch die Vereinbarung nach Satz 1 ersetzt werden. Allerdings besteht die Möglichkeit, die Vereinbarung nach § 27 Absatz 1a Satz 6 in die Vereinbarung nach Satz 1 als gesonderten Teil zu integrieren. Zudem wird klargestellt, dass Entnahme, Untersuchung, Herstellung, Inverkehrbringen und Anwendung von Blutstammzelltransplantaten vorrangig durch die einschlägigen rechtlichen Vorschriften geregelt werden. Dies sind insbesondere das Arzneimittelgesetz, die Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung, das Transplantationsgesetz, das Transfusionsgesetz und die TPG-Gewebeverordnung.

Zu Nummer 2f (Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten)

§ 75a Absatz 9, der die Förderung der Weiterbildung im Bereich der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen regelt, sieht in Satz 2 bereits verpflichtend eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vor. Vor dem Hintergrund eines Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten dieses Fachgebietes wird nunmehr darüber hinaus vorgegeben, dass von den bundesweit zu fördernden bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen im Bereich der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung mindestens 250 Weiterbildungsstellen für angehende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zu fördern sind.

Zu Nummer 3a (Redaktionelle Änderung)

Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Nummer 5a (Redaktioneller Anpassungsbedarf)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung nicht nur dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt, sondern auch dann, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 2 und 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die im Terminservice- und Versorgungsgesetz den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten eingeräumte Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen halben, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu reduzieren, in der Regelung zur Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung nachvollzogen.

Zu den Nummern 5b und d (Redaktionelle Korrektur, Geltung der bedarfsplanerischen Höchstversorgungsanteile auch im Nachbesetzungsverfahren)

Es wird geregelt, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen und Angestelltenstellen gelten. Darüber hinaus beinhalten die Änderungen die redaktionelle Korrektur einer Folgeregelung zu dem mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) eingeführten Bestimmungsrecht der Länder, ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches von etwaigen Zulassungsbeschränkungen auszunehmen.

Zu Nummer 5d

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Gemäß § 103 Absatz 2 Satz 4 können die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von etwaigen Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. Die zu streichende Regelung, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die zusätzlich festgelegten Zulassungsmöglichkeiten auszuschreiben hat, bezieht sich auf eine noch im Regierungsentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (BT-Drs. 19/6337) enthaltene Fassung der Regelung. Danach hatte der Landesausschuss arztgruppenbezogen die Anzahl der neu geschaffenen Zulassungen festzulegen. Aufgrund der Weiterentwicklung der Regelung im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens hin zu einer uneingeschränkten Niederlassungsfreiheit in den von den Ländern bestimmten Gebieten, Arztgruppen und Fachrichtungen ist die Folgeregelung zur Ausschreibung der zusätzlich festgelegten Zulassungsmöglichkeiten zu streichen.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Kompetenz erhalten, im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung innerhalb einzelner Arztgruppen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festzulegen und damit die Zusammensetzung der Arztgruppen zu konkretisieren (§ 101 Absatz 1 Satz 8). Darüber hinaus wurde geregelt, dass Zulassungen oder Anstellungsgenehmigungen nicht erteilt werden dürfen, soweit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegter Höchstversorgungsanteil entgegensteht (§ 95 Absatz 2 Satz 9 und Absatz 9 Satz 1).

Die vorliegende Änderung entspricht den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 13 Absatz 6 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung des Beschlusses vom 16. Mai 2019 (BAnz AT 28.06.2019 B6) und dient dazu, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen zu beachten sind. Hiervon besonders betroffen ist die Arztgruppe der Fachinternisten, für die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Beschluss vom 16. Mai 2019 (BAnz AT 28.06.2019 B6) differenzierte Höchstversorgungsanteile für bestimmte Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Teilgebietsbezeichnungen festgelegt hat. Aufgrund der für die Fachinternisten geltenden Zulassungsbeschränkungen können Arztsitze

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

grundsätzlich nur im Wege des Nachbesetzungsverfahrens besetzt werden. Die festgelegten Höchstversorgungsanteile würden ins Leere laufen, wenn sie allein für die Erteilung der Erstzulassung und Anstellungsgenehmigung, nicht aber im Nachbesetzungsverfahren Anwendung fänden.

Zu Buchstabe b

Es wird geregelt, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztstellen in einem medizinischen Versorgungszentrum zu beachten sind.

Zu Buchstabe c

Es wird geregelt, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung der bei einem Vertragsarzt angestellten Ärzte zu beachten sind.

Zu Nummer 5c (Terminologische Anpassung)

Nach § 101 Absatz 4 Satz 5 ist in der Arztgruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten ein Mindestversorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Ärzten und Psychotherapeuten vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 16. Mai 2019 in Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Überprüfung der Verhältniszahlen eine neue Methodik zur Ermittlung der geltenden Verhältniszahlen entwickelt hat, werden als Allgemeine Verhältniszahlen im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie diejenigen Verhältniszahlen definiert, die sich aus der Anpassung der sogenannten Basisverhältniszahlen an die bundesweite Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht im Zeitverlauf ergeben. Die auf regionaler Ebene anwendbaren Verhältniszahlen werden als regionale Verhältniszahlen oder – im Fall der bedarfsplanerischen Abweichung – als regional angepasste Verhältniszahlen bezeichnet (vgl. § 8 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung des Beschlusses vom 16. Mai 2019, BAnz AT 28.06.2019 B6).

Vor diesem Hintergrund werden die für die Berechnung der Mindestversorgungsanteile maßgeblichen Verhältniszahlen in § 101 Absatz 4 Satz 5 als regional maßgebliche Verhältniszahlen bezeichnet. Damit wird ein terminologischer Gleichklang mit den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie erreicht und klargestellt, dass sich die genannten Mindestversorgungsanteile an den tatsächlich anzuwendenden Verhältniszahlen orientieren.

Zu Nummer 6 (Ausnahmen vom Aufrechnungsverbot und Klarstellung zum zeitlichen Anwendungsbereich des Aufrechnungsverbots)

Satz 1 wird zur Vermeidung von Auslegungsunsicherheiten dahingehend präzisiert, dass das Aufrechnungsverbot für alle Forderungen der Krankenhäuser gilt, die auf Grund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 in das Krankenhaus aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstehen. Außerdem bestimmt die Änderung zum Zweck der Verfahrensbeschleunigung sachgerechte Ausnahmen vom grundsätzlichen Verbot der Krankenkassen, mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen gegen Vergütungsforderungen von Krankenhäusern aufzurechnen. Danach können Krankenkassen mit Forderungen aufrechnen, die das Krankenhaus anerkannt oder mit Rechtsmitteln nicht mehr angreifen kann.

Zu Nummer 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb (Klarstellung zur Prüfung von ambulant erbrachten Leistungen nach dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen durch den Medizinischen Dienst)

Die Regelung dient der Klarstellung, dass ausschließlich Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des erweiterten Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) ambulant erbringen, von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1 ausgenommen sind. Dies entspricht der Zielsetzung der Regelung. Andernfalls könnte nicht ausgeschlossen werden, dass auch solche im AOP-Katalog vorgesehenen Leistungen, die Krankenhäuser stationär erbringen, von der Prüfung ausgenommen wären, was dem gesetzgeberischen Ziel, verstärkt Anreize zur Erbringung ambulanter Leistungen zu setzen, entgegenstünde.

Zu Nummer 7a

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Änderungen sind lediglich redaktionelle Folgeänderungen, mit denen der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ durch den Namen „Medizinischer Dienst“ ersetzt wird.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Ergänzung, um sicherzustellen, dass die Arbeitsgemeinschaften auch die Daten für die mit Buchstabe b eingeführte Ermächtigung zur Erteilung von Abrechnungserlaubnisse für besondere Maßnahmen der Physiotherapie erheben, verarbeiten und nutzen dürfen.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgekorrektur, auf Grund der die Arbeitsgemeinschaften auch die Daten über die Erteilung von Abrechnungserlaubnisse für besondere Maßnahmen der Physiotherapie an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln haben.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe cc

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält die Ermächtigung, eine Liste mit den zugelassenen Heilmittelerbringern zu veröffentlichen. Dadurch soll den Versicherten eine zielgerichtete Suche nach einer geeigneten Praxis ermöglicht werden. Die für die Veröffentlichung erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bereits nach Satz 7 für die Information der Krankenkassen zu übermitteln. Welche Daten in der Vertragspartnerliste veröffentlicht werden sollen, ist zwischen den Vertragspartnern in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 festzulegen. Dabei darf es sich nur um Daten handeln, die sich auf die Praxis beziehen, personenbezogene Daten, die ausschließlich dem privaten Bereich zuzuordnen sind, sind in der Liste nicht zu veröffentlichen.

Zu Buchstabe b

Durch die Vorschrift wird eine mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz entstandene Regelungslücke geschlossen.

Geregelt wird, dass die aus Gründen des Bürokratieabbaus in jedem Bundesland bis zum 31. August 2019 gebildete Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die in dem jeweiligen Bundesland die Zulassungsbescheide mit Wirkung für alle Krankenkassen erteilt, auch prüft, ob Leistungserbringer die erforderlichen Weiterbildungen absolviert haben, um besondere Maßnahmen der Physiotherapie durchführen zu können. Ist dies der Fall, erteilt die Arbeitsgemeinschaft eine entsprechende Abrechnungserlaubnis.

Zu Nummer 8a

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 8b

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführte Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung, im allgemeinen Sprachgebrauch als Blankoverordnung bezeichnet, auch für die kassenzahnärztliche Verordnung von Heilmitteln gilt. Dementsprechend ist auch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und mit dieser bezüglich der Regelungen nach § 125a Absatz 2 Nummer 1 und 7 das Einvernehmen herzustellen. Durch die Nennung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind nach § 77 Absatz 4 sowohl die Kassenärztliche als auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in das Verfahren einzubeziehen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung erfolgt zur Klarstellung, dass alle geeigneten Indikationen sowohl der Heilmittel-Richtlinie als auch der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte gemeint sind.

Zu Nummer 9a (Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst)

Buchstabe a

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Änderung des § 137 Absatz 3 Satz 1 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Auftrag erteilt, in seiner Richtlinie zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes auch zu regeln, dass der Medizinische Dienst neben den durch Anhaltspunkte ausgelösten Prüfungen sowie den Stichprobenprüfungen die Erfüllung der in den Richtlinien des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 oder § 136a Absatz 5 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 regelmäßig kontrolliert. Dabei kann der G-BA insbesondere vorsehen, dass Kontrollen erfolgen, wenn ein Krankenhaus erstmalig oder nach einer Unterbrechung von zwölf Monaten erklärt, eine Leistung im Sinne der genannten Richtlinien erbringen zu wollen oder ein Krankenhaus einen befristeten Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund dieser Richtlinien gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz begehrt.

Des Weiteren wird klargestellt, dass Stichprobenprüfungen nicht nur zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten durchgeführt werden dürfen, sondern auch dann, wenn sie insgesamt zur Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen erforderlich sind.

Die Regelung ergänzt die Prüfung der Strukturmerkmale gemäß § 275d und stellt eine hohe Versorgungsqualität sicher. In den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 5 normiert der G-BA insbesondere die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die von den Leistungserbringern einzuhalten sind. Die regelmäßige Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen bereits vor der Leistungserbringung dient auch der Rechtssicherheit bezüglich der Frage, ob eine Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf.

Zu Buchstabe b

Nach den Regelungen in den Sätzen 1 und 2 ist der G-BA ermächtigt, in seiner Richtlinie zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes auch das Nähere zu Art, Umfang und Verfahren der Kontrollen zu regeln und dabei das jeweils geeignete Verfahren festzulegen. Diese Befugnis umfasst auch die Berechtigung des G-BA, für das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen eine Stelle zu bestimmen, die die Auswahl der zu kontrollierenden Leistungserbringer durchführt. Mit der Neuregelung wird ausschließlich klargestellt, dass die dazu bestimmte Stelle zur Verarbeitung der hierfür erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten berechtigt ist.

Mit der Änderung werden die Krankenkassen und andere die Prüfung beauftragende Stellen ermächtigt und verpflichtet, der vom G-BA für die Durchführung der Stichprobenprüfung bestimmten Stelle die für das Verfahren erforderlichen einrichtungsbezogenen Daten zu übermitteln. In der Regel verfügen die Krankenkassen oder die anderen beauftragenden Stellen über die Informationen darüber, welche Leistungserbringer die zu prüfenden Leistungen erbracht haben oder die zu kontrollierenden Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Befugnis umfasst auch die Berechtigung, der zur Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer bestimmten Stelle die Prüfergebnisse der Kontrollen der Medizinischen Dienste zwecks Berücksichtigung im Verfahren zur Ziehung der Stichprobe zu übermitteln. Dies dient insbesondere dem Ziel, regelmäßig unauffällige Leistungserbringer aus der Stichprobe herausnehmen zu können.

Darüber hinaus wird die vom G-BA mit der Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer im Rahmen der Stichprobenziehung beauftragte Stelle zur Verarbeitung der ihr übermittelten einrichtungsbezogenen Daten für den Zweck dieser Auswahl befugt.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes 3.

Zu Nummer 10a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zu der in Nummer 5d Buchstabe a Doppelbuchstabe bb enthaltenen Regelung, wonach die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Geltung von Höchstversorgungsanteilen einschließlich etwaiger Ausnahmeregelungen auch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen zu beachten sind.

Zu Nummer 10b (Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Neufassung von § 140f Absatz 7 werden die organisatorische und inhaltliche Unterstützung auf Landesebene an die Regelungen auf Bundesebene angeglichen, um auch zukünftig eine wirksame und kompetente Patientenvertretung sicherstellen zu können. Der Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf besteht auf Landesebene in vergleichbaren Umfang wie auf Bundesebene. Sowohl die Anzahl der Gremien, in denen ein Mitberatungsrecht der Patientenvertreterinnen und -vertreter vorgesehen ist, als auch die damit verbundenen Aufgaben sind seit Einführung der Patientenbeteiligung erweitert worden. Der damit einhergehende wachsende Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf kann mit den Mitteln, die bisher gesetzlich vorgesehen sind, nicht mehr gewährleistet werden. Daher soll sich die Unterstützung statt wie bisher, nicht nur auf die Mitberatungsrechte nach § 140f Absatz 3 erstrecken, sondern insgesamt auf die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsrechte auf Landesebene. Damit sind neben den in § 140f Absatz 3 genannten Gremien auch weitere Gremien, die eine Beteiligung von Patienten vorsehen, wie beispielsweise die Landesgremien zur Qualitätssicherung, von den Unterstützungsmöglichkeiten erfasst.

Die Unterstützung erfolgt, entsprechend der bisherigen Regelung, durch den Landesausschuss nach § 90. Er wird paritätisch von Kassen- und Leistungserbringerseite finanziert.

Der Landesausschuss nach § 90 kann zur Unterstützung der notwendigen Koordinierung zur Wahrnehmung der Mitberatungsrechte nach § 140f Absatz 3 eine Stabsstelle Patientenbeteiligung einrichten.

Die Unterstützung richtet sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen und die Durchführung des Benennungsverfahrens nach § 140f Absatz 3 Satz 4. Grundsätzlich können die Patientenorganisationen und sachkundigen Personen auch durch weitere Leistungen unterstützt werden.

Um die koordinierende Tätigkeit der maßgeblichen Patientenorganisationen als Grundvoraussetzung für das Funktionieren der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen sicherzustellen, wird nun die angemessene Erstattung von Aufwendungen für die entsprechenden koordinierenden Maßnahmen durch den Landesausschuss nach § 90 als finanzieller Ansprechpartner der Patientenvertreterinnen und -vertreter ermöglicht. Die nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten maßgeblichen Organisationen benennen auch einvernehmlich für die Landesebene sachkundige Personen, damit diese ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung der Gremien einbringen. Teil der Koordinierung ist daher die aufwändige organisationsinterne Suche nach fachlich geeigneten Personen für eine Vielzahl an Beratungsthemen und die ggf. notwendige Schulung und Fortbildung der sachkundigen Personen. Über die Pauschale von § 140f Absatz 8 hinaus, sind damit noch weitere Leistungen durch Landesausschuss nach § 90 erstattungsfähig. Daneben umfasst die Koordinierung die Akkreditierung und Benennung der sachkundigen Personen sowie die Sicherstellung der Rechte der Patientenvertreter und eine angemessene Besetzung der Gremien. Daneben kann der Anspruch auf Erstattung entsprechender koordinierender Maßnahmen, sofern keine Stabsstelle oder Koordinierungsgruppe auf Landesebene vorhanden ist, auch durch die maßgebliche Organisation selbst oder durch die jeweilige Mitgliedsorganisation, die eine sachkundige Person entsendet, geltend gemacht werden.

Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach § 140f Absatz 5 für die sachkundigen Personen gilt weiterhin für die Teilnahme an jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie nunmehr auch für die Teilnahme an Fortbildungen und Schulungen.

Zu Nummer 10c (Ausübung des Krankenkassenwahlrechts)

Mit dem anliegenden Regelungsentwurf wird das Verfahren zum Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse für die Mitglieder vereinfacht.

Bisher müssen wechselwillige Mitglieder

1. ihrer bisherigen Krankenkasse kündigen,
2. einen Aufnahmeantrag bei der neuen Krankenkasse stellen,
3. die schriftliche Kündigungsbestätigung der alten Kasse abwarten und
4. diese an die neue Kasse übersenden.

Erst wenn die Kündigungsbestätigung bei der neu gewählten Krankenkasse vorliegt, darf diese eine schriftliche Mitgliedsbescheinigung ausstellen. Die Mitgliedsbescheinigung muss das Mitglied rechtzeitig z. B. an seinen Arbeitgeber (zur Meldung verpflichtete Stelle) übersenden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nur wenn die Mitgliedsbescheinigung dort rechtzeitig vorliegt, ist der Kassenwechsel tatsächlich vollzogen, bis dahin sind Kündigung und Beitrittserklärung zur neuen Kasse schwebend unwirksam.

Durch die jüngere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entfällt in bestimmten Fallkonstellationen die gesetzlich vorgegebene Notwendigkeit der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse und der Vorlage einer Kündigungsbestätigung bei der neu gewählten Krankenkasse. Einer Kündigung bedarf es zur Ausübung des Kassenwahlrechts Versicherungspflichtiger nach Ablauf des gesetzlichen Mindestbindungszeitraums nach der jüngsten Rechtsprechung nur, wenn die bisherige Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes geendet hat. Bei einem Wechsel des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses (Arbeitgeberwechsel) ist demnach nach Ablauf des gesetzlichen Mindestbindungszeitraums keine Kündigung mehr erforderlich. Die Beitrittserklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse ist ausreichend (vgl. BSG, Urteil vom 11. September 2018, B 1 KR 10/18 R).

Liegt zwischen den beiden versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen dann noch ein Zeitraum ohne eigene Mitgliedschaft, wie z. B. eine Familienversicherung, muss nicht einmal der Bindungszeitraum bei der bisherigen Krankenkasse abgelaufen sein.

Diese unterschiedlichen Verfahren und Voraussetzungen sind für die Mitglieder kaum nachzuvollziehen. Auf Seiten der Krankenkassen erhöht sich durch den Wegfall der Kündigung aufgrund der Rechtsprechung die Gefahr von Doppelmitgliedschaften. Diese werden in der Regel erst im Rahmen des Clearingverfahrens zum Risikostrukturausgleich erkannt und müssen dann rückwirkend bereinigt werden.

Das wird zum Anlass genommen, das Verfahren zum Wechsel der Krankenkasse für die Mitglieder einfacher und einheitlicher zu gestalten.

Mit der Änderung des § 175 Absatz 2 Satz 1 wird klargestellt, dass nach jeder Ausübung des Wahlrechts eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen ist. Die Mitgliedsbescheinigung kann schriftlich oder – unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen – elektronisch zur Verfügung gestellt werden (z. B. als persönlicher Download oder durch Nutzung eines sicheren Übermittlungswegs). Grundsätzlich ist die Mitgliedsbescheinigung nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich auszustellen. Satz 2 schränkt diesen Grundsatz für die Fälle ein, in denen das Wahlrecht ohne Änderung im Versicherungsverhältnis zum oder nach Ablauf der Mindestbindungsfrist ausgeübt wird. In diesen Fällen ist die Mitgliedsbescheinigung unverzüglich nach Eingang der Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse auszustellen um nachträgliche Korrekturen der Mitgliedsbescheinigung zu vermeiden.

Im Interesse einer zügigen Abwicklung des Kassenwechsels wird die gewählte Krankenkasse unverzüglich die bisher zuständige Krankenkasse über den Kassenwechsel informieren. Zusätzlich werden unnötiger Verwaltungsaufwand bei der bisherigen Krankenkasse (Ermittlungen zu einer möglichen obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4) und Doppelmitgliedschaften, die im Clearingverfahren rückabgewickelt werden müssten, vermieden.

Eine Meldung an die bisherige Krankenkasse ist nur erforderlich, wenn zuletzt, das heißt unmittelbar zuvor, eine Mitgliedschaft bestand. Lag dagegen eine Familienversicherung vor, ist eine Meldung entbehrlich, weil bereits nach den einheitlichen Grundsätzen zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) eine Meldung der gewählten Krankenkasse an die bisher zuständige Krankenkasse erfolgt. Keiner Meldung bedarf es, wenn unmittelbar zuvor eine private Krankenversicherung oder eine Phase des Auslandsaufenthaltes ohne Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand.

Um eine zügige Abwicklung zu gewährleisten, sind die Meldungen von der gewählten Kasse unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern abzugeben. Die im Rahmen eines Kündigungsverfahrens einzuhaltenden Fristen sind dabei im Absatz 4 Satz 3 und 4 geregelt.

Die bisher zuständige Krankenkasse hat das Ende der Mitgliedschaft innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung zu bestätigen – so wie sie bisher innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung ausstellen musste. Bei Fällen im Rahmen des Kündigungsverfahrens hat sie zu prüfen, ob der Zeitraum, in dem eine Mitgliedschaft mindestens bestehen muss, abgelaufen ist. Wenn dieser noch nicht abgelaufen ist, hat sie der gewählten Kasse das Ende des Zeitraums zu melden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Kassenwechsel verschiebt sich dann auf den Zeitpunkt zu dem der Bindungszeitraum endet. Bisher kommt in solchen Fällen der Kassenwechsel nicht zustande und der Versicherte muss das gesamte Verfahren (Wahlerklärung gegenüber der neuen Kasse abgeben, fristgerechte Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse, etc.) von vorne beginnen.

Die datenschutzrechtliche Befugnis zur Verarbeitung, auch einschließlich der Erhebung, Speicherung und Übermittlung der Daten im erforderlichen Umfang durch die Krankenkassen ergibt sich bereits aus § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 3 Satz 1 (Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten).

Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte vor, dass eine Krankenkasse den Wechsel behindert oder verzögert, wird die Aufsichtsbehörde durch die Änderung in Absatz 2a auch in diesen Fällen verpflichtet einzuschreiten. Langfristige Rückwerbungen und Verfahrensverzögerungen sollen so verhindert werden.

Erfolgt der Kassenwechsel, weil eine Krankenkasse geschlossen oder insolvent wird, ist durch die Änderung in Absatz 3a ebenfalls eine elektronische Meldung durch die neu gewählte Krankenkasse vorzunehmen.

Durch die Verkürzung des Zeitraums, in dem eine Mitgliedschaft mindestens bestanden haben muss, in Absatz 4 Satz 1 von 18 auf zwölf Monate wird Mitgliedern, die während einer bestehenden Mitgliedschaft ihre Krankenkasse wechseln möchten, bereits nach zwölf Monaten ein Wahlrecht gewährt. Dadurch wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gefördert, indem Mitglieder auch ohne Änderung des Zusatzbeitrags schneller ihre Krankenkasse wechseln können. Das Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Anhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes bleibt davon unberührt.

Endet eine Versicherungspflicht oder -berechtigung kraft Gesetzes, bedarf es bei Ausübung des Wahlrechts weder einer Kündigung noch der Einhaltung des Mindestzeitraums. So besteht zum Beispiel bei jedem Arbeitgeberwechsel oder dem Wechsel von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in eine selbstständige Tätigkeit ein Wahlrecht, auch wenn der Mindestzeitraum des Bestehens der Mitgliedschaft von zwölf Monaten noch nicht erfüllt ist. Nimmt das Mitglied zum Beispiel bei einem Arbeitgeberwechsel oder bei Eintritt in die Selbstständigkeit sein Wahlrecht nicht wahr und verbleibt bei seiner bisherigen Krankenkasse, wird keine neue Mindestbindungsfrist ausgelöst. Entscheidend für den Beginn der Mindestbindungsfrist ist, wann das Mitglied die Krankenkasse zuletzt von sich aus gewählt hat.

Durch die Änderungen in den Sätzen 3 bis 5 wird das Verfahren bei einem Wechsel der Krankenkasse für die Versicherten einfacher. Künftig reicht es aus, dass eine neue Kasse gewählt und ihr gegenüber der Beitritt erklärt wird. Eine gesonderte Kündigungserklärung gegenüber der bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich und wird durch das neue Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen ersetzt. Der Versicherte muss nur noch in den Fällen bei der bisherigen Krankenkasse kündigen, in denen er das System der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen will. Das kann z. B. der Fall sein, wenn er in die private Krankenversicherung wechselt oder ins Ausland verzieht. In diesen Fällen muss der Versicherte seine bestehende Mitgliedschaft kündigen und eine anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall nachweisen. Er erhält von seiner bisherigen Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung.

Durch die Einfügung in Satz 6 wird klargestellt, dass Satz 4 anzuwenden ist. Dadurch wird auch im Fall eines Sonderkündigungsrechtes ein Krankenkassenwechsel erleichtert. Bei den Anpassungen in den Sätzen 7 bis 9 handelt es sich um Folgeänderungen.

Durch die Ergänzung in Absatz 5 werden die im Absatz 2 vorgenommenen Verfahrensänderungen auch auf die Sonderkonstellationen des Absatz 5 übertragen.

Mit der Ergänzung des Absatzes 6 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermächtigt, auch die Inhalte des neuen elektronischen Meldeverfahrens in Ergänzung zu den bestehenden Verfahren zu regeln.

Zu Nummer 13 (Meldeverfahren für Studenten)

Im Wesentlichen werden technische Anpassungen im Meldeverfahren der Studenten zwischen Hochschulen und Krankenkassen vorgenommen.

Zu § 199a

Zu Absatz 2 Satz 3

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Durch die ergänzende Einfügung wird die Meldung der Krankenkasse über den Versichertenstatus an die Hochschule erweitert um das Geschlecht sowie die Krankenversicherungsnummer des Studieninteressierten. Die Krankenversicherungsnummer ist nur dann zu melden, wenn sie zum Zeitpunkt der Meldung bereits vorliegt und für das Meldeverfahren der Studenten erforderlich ist. Durch diese einschränkenden Vorgaben wird sichergestellt, dass zu diesem Zeitpunkt die Krankenversicherungsnummer nur dann zu melden ist, wenn der Studieninteressierte gesetzlich versichert ist und während des Studiums sein wird oder erst aufgrund des bevorstehenden Studiums gesetzlich versichert sein wird und zum Zeitpunkt der Meldung bereits eine Krankenversicherungsnummer vorliegt. Dadurch wird erreicht, dass die Meldungen der Hochschule an die Krankenkasse im sich anschließenden Meldeverfahren bereits so frühzeitig wie möglich alle notwendigen Merkmale enthalten, um die von der Meldung betroffene Person eindeutig identifizieren zu können.

Zu Absatz 4 Satz 2

Durch die Änderung wird die Meldung der Hochschule an die nach einem Krankenkassenwechsel neu gewählte Krankenkasse um einen weiteren Meldetatbestand ergänzt. Zu melden ist auch der Zeitpunkt des Semesterbeginns. Dadurch wird sichergestellt, dass der gewählten Krankenkasse die Informationen vorliegen, um die Semesterwechselzeiten für die Bestimmung des Endes der studentischen Krankenversicherung bestimmen zu können.

Zu Absatz 6 Satz 1

Die Pflicht der Hochschulen, ihre Meldungen an die Krankenkassen durch Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen abzugeben, wird gestrichen. Die Systemprüfungen mit anschließender Zertifizierung wurden für die Entgeltabrechnungsprogramme der Arbeitgeber entwickelt, um die darin enthaltene komplexe Berechnungslogik zu überprüfen und eine ordnungsgemäße Funktionsweise sicherzustellen. Demgegenüber enthalten die Meldungen der Hochschulen lediglich Zeitdaten und Meldeschlüssel, so dass eine Systemprüfung der Campus Managementsysteme der Hochschulen nicht erforderlich ist.

Zu Absatz 6 Satz 5

Durch die Änderung wird sichergestellt, dass die Krankenkassen die zur Durchführung des Meldeverfahrens und zur Umsetzung der Verfahrenstechnik notwendige Befugnis erhalten, um die Daten der Hochschuldatei einschließlich ihrer Inhalte, das heißt einschließlich der gesonderten Absendernummer und der bei der Vergabe der Absendernummer gemachten Angaben, zu verarbeiten.

Die Hochschuldatei wird für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Hochschulen und den Krankenkassen neu geschaffen. Sie enthält neben der Bezeichnung auch die Anschrift und Kontaktdaten der Hochschule, die Absendernummer (bei Fusionen auch die des Nachfolgers) und den Beginn der Teilnahme am elektronischen Meldeverfahren. Sofern von der Hochschule ein Rechenzentrum oder ein Dienstleister im Rahmen des Meldeverfahrens eingesetzt wird, enthält die Datei zusätzlich Name, Anschrift, Kontaktdaten und Absendernummer sowie Beginn und ggf. Ende des Einsatzes des Rechenzentrums bzw. Dienstleisters.

Zu Nummer 14 (Korrektur eines Verweisfehlers)

Durch die Änderung wird in § 200 Absatz 2 Satz 3 eine fehlerhafte Verweisung auf die Zuständigkeitsregelung für die Ausstellung der Versicherungsbescheinigung nach § 199a Absatz 2 Satz 4 korrigiert.

Zu Nummer 19 (Abbau der Finanzreserven der Krankenkassen)

Zu Buchstabe a

Die Formulierung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz wurde in § 260 Absatz 2 eine verpflichtende gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe einer durchschnittlichen Monatsausgabe eingeführt. § 260 Absatz 2a und 4 regelt die Verpflichtung der Krankenkassen, Finanzreserven, die diese Obergrenze überschreiten, stufenweise innerhalb von drei Haushaltsjahren abzubauen und gegebenenfalls nach drei Jahren noch vorhandene überschüssige Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen. Das Wirksamwerden dieser Regelungen ab dem 1. Januar 2020 wurde gemäß § 260 Absatz 5 an die Bedingung geknüpft, dass der Risikostrukturausgleich (RSA) bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich weiterentwickelt worden ist. Die RSA-Reform befindet sich derzeit

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

noch im Gesetzgebungsprozess und wird erst im Frühjahr 2020 in Kraft treten. Um für die Krankenkassen frühzeitig Planungssicherheit hinsichtlich ihrer Haushaltsplanungen und der Festlegung ihrer Zusatzbeitragssätze für das Jahr 2020 herzustellen, wird § 260 Absatz 5 mit diesem Gesetzentwurf für eine MDK-Reform gestrichen.

Nummer 21 Buchstabe e (Mitteilung über Gutachten des Medizinischen Dienstes an die Patientin oder den Patienten)

In § 277 Absatz 1 Satz 1 ist die Verpflichtung des Medizinischen Dienstes normiert, den Krankenkassen das Ergebnis einer Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund, d. h. die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung, mitzuteilen. Dies dient dazu, den Krankenkassen vor ihren leistungsrechtlichen Entscheidungen eine Plausibilisierung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes zu ermöglichen. Die oder der Versicherte erhalten jedoch nicht selten mit dem Bescheid ihrer Krankenkasse nur eine kurze Information über das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Zur Stärkung der Patientenrechte soll nun in den Fällen, in denen eine beantragte Leistung auf Grundlage einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst abgelehnt wird, die Krankenkasse verpflichtet sein, der oder dem Versicherten das Ergebnis der Begutachtung sowie darüber hinaus die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen. Dies muss in einer für die oder den Versicherten verständlichen und nachvollziehbaren Form geschehen. Die oder der Versicherte wird so in die Lage versetzt, das Begutachtungsergebnis des Medizinischen Dienstes besser nachvollziehen zu können. Durch diese erhöhte Transparenz kann die Akzeptanz von ablehnenden Leistungsentscheidungen gestärkt, die Zahl der Widersprüche vermindert und deren Schlüssigkeit gefördert werden. Zur Stärkung der Patientenrechte und zur Förderung der Funktionsfähigkeit der Institution Ombudsperson ist die Krankenkasse in den oben genannten Fällen verpflichtet, die Versicherten in verständlicher Form auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.

Zu Nummer 21a (Regelmäßige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst)

Buchstabe a

Mit der Ergänzung von § 275 Absatz 2 Satz 2 wird als Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 klargestellt, dass sich die Vorgabe, wonach der Auftrag in angemessenem Verhältnis zu den auslösenden Anhaltspunkten stehen muss, nur auf Kontrollen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, und nicht auf regelmäßige Kontrollen der in den Richtlinien des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5 beziehen kann.

Buchstabe b

Durch die Änderung von § 275 Absatz 2 Satz 3 wird als Folgeänderung zur Neuregelung in § 137 Absatz 3 Satz 1 sichergestellt, dass die Gegenstände der Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst für sämtliche Aufträge und nicht nur für bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, gelten.

Zu Nummer 23

Zu § 275c

Zu Absatz 1 Satz 1neu (Verlängerung der Frist für die Einleitung der Prüfung**)**

Die Frist, innerhalb derer die Krankenkassen nach dem Eingang der Rechnung entscheiden können, ob sie den Medizinischen Dienst (MD) mit einer Prüfung der Rechnung beauftragen, wird von drei auf vier Monate verlängert. Die Krankenkassen erhalten dadurch mehr Zeit, um eine gezielte Auswahl der durch den MD zu prüfenden Rechnungen treffen zu können.

Zu Absatz 2 Satz 1 (Erhöhung der Prüfquote für das Jahr 2020)

Durch die Regelung wird die maximal zulässige Prüfquote für das Jahr 2020 auf 12,5 Prozent festgesetzt. Dadurch wird der Prüfumfang begrenzt, jedoch nicht in einem so intensiven Umfang wie bisher geplant.

Zu Absatz 3 Satz 1neu (Einführung eines Aufschlags auf den zurückzuzahlenden Differenzbetrag im Jahr 2020)

Durch die Regelung wird bereits für das Jahr 2020 ein Aufschlag festgelegt, den die Krankenhäuser zusätzlich zu der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag an die Krankenkassen zu

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zahlen haben. Im Vorgriff auf das ab 2021 geltende Prüfquotensystem beträgt der Aufschlag 10 Prozent der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag, mindestens jedoch 300 Euro. Dieser Aufschlag gilt einheitlich für alle Krankenhäuser, da für die ab 2021 geltende Differenzierung der Aufschläge die erforderliche Datengrundlage noch nicht vorhanden ist. Durch die Regelung wird bereits im Jahr 2020 ein Anreiz für eine regelkonforme Rechnungsstellung gesetzt.

Zu Absatz 3 Satz 2neu

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Absatz 3 Satz 1neu.

Zu Absatz 3 Satz 3neu (Einführung eines Mindestaufschlags auf den Abrechnungsbetrag und Anpassung des Höchstbetrags des Aufschlags ab dem Jahr 2021)

Ergänzend zu einem Höchstbetrag, den ein Krankenhaus maximal als Aufschlag auf den an die Krankenkasse zurückzuzahlenden Differenzbetrag zu leisten hat, wird ein Mindestbetrag in Höhe von 300 Euro eingeführt. Hierdurch wird der Anreiz für die Krankenhäuser zur regelkonformen Abrechnung erhöht. Neben der Einführung eines Mindestbetrags wird der Höchstbetrag in seiner Höhe angepasst. Es wird nicht wie bislang eine absolute Obergrenze festgelegt, sondern eine prozentuale Obergrenze in Abhängigkeit von dem auf Grund der Prüfung durch den Medizinischen Dienst geminderten Abrechnungsbetrag. Der Höchstbetrag beläuft sich auf maximal 10 Prozent des geminderten Abrechnungsbetrages. Dabei hat der Mindestbetrag in Höhe von 300 Euro Vorrang vor dem Höchstbetrag. Dies bedeutet, dass auch bei Abrechnungsbeträgen unterhalb von 3 000 Euro ein Aufschlag in Höhe des Mindestbetrages von 300 Euro anfällt.

Zu Absatz 6 Nummer 1 (Berücksichtigung von Prüfergebnissen bei der Ermittlung von tagesbezogenen Pflegeentgelten)

Mit der Änderung von § 275c Absatz 6 Nummer 1 wird vorgegeben, dass Prüfergebnisse bei den Pflegeentgelten insoweit umzusetzen sind, dass in Fällen, in denen es nach einer Prüfung bei der Abrechnung von voll- oder teilstationären Entgelten verbleibt, für die Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte die ursprünglich berücksichtigten Belegungstage beibehalten werden. Eine geänderte Eingruppierung, die zu einem anderen stationären Entgelt führt, ist demgegenüber umzusetzen. Ist Ergebnis der Prüfung, dass anstelle von voll- oder teilstationären Entgelten eine ambulante oder vorstationäre Vergütung abzurechnen ist, entfällt mit der Abrechnung der stationären Entgelte auch die Möglichkeit zur Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten. Damit wird die praktische Umsetzbarkeit von Prüfergebnissen gewährleistet, die sich aus Prüfanlässen ergeben, die jenseits der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten entstehen und die Rückwirkungen auf die Abrechnung der Pflegeentgelte haben. Die bisher geforderte vollständige Unterbindung von Auswirkungen auf die zuerst abgerechneten Pflegeentgelte hätte in der softwaretechnischen Umsetzung zu Problemen geführt. Hinzuweisen ist auf die Geltung von § 6a Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach Abweichungen der Erlöse von der Höhe des vereinbarten Pflegebudgets vollständig über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind.

Zu § 275d Absatz 4 (Übergangsregelung für die erstmalige Prüfung von Strukturmerkmalen)

Die Änderung stellt ab auf mögliche Verzögerungen bei der Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d, die nicht vom einzelnen Krankenhaus zu vertreten sind und die zu einer Übermittlung des Prüfergebnisses erst nach dem 31. Dezember 2020 führen. Für diesen Fall wird gewährleistet, dass betroffene Krankenhäuser bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen können. Die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen werden auch dann nicht rückabgewickelt, wenn im Rahmen der Strukturprüfung festgestellt wird, dass die Strukturmerkmale zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht erfüllt waren. Eine sehr späte Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch das Krankenhaus mit der Durchführung einer Strukturprüfung im Verlauf des Jahres 2020, die einen fristgerechten Abschluss der Prüfung nicht erwarten lässt, kann jedoch dazu führen, dass das Ergebnis der Prüfung aus von dem Krankenhaus zu vertretenden Gründen nicht vorliegt. Sofern ein Krankenhaus gegen das Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes klagt, kann es auf Grund der aufschiebenden Wirkung der Klage die entsprechenden Leistungen weiter vereinbaren und abrechnen; der Ausschluss nach § 275d Absatz 4 Satz 1 gilt insofern erst ab dem Zeitpunkt der Rechtskraft der Entscheidung, die die Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen ausweist.

Zu Nummer 25

Zu § 278 Absatz 3 Satz 2 und § 282 Absatz 5 Satz 2 (Berichtsfristen Ombudsperson)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Berichtsfristen der Ombudspersonen der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund werden von einem zweijährlichen auf einen jährlichen Bericht verkürzt. Hierdurch wird die Transparenz über mögliche Probleme weiter erhöht und eine schnellere Reaktion auf nicht auszuschließende Fehlentwicklungen erlaubt.

Zu § 278 Absatz 3 Satz 2 und § 282 Absatz 5 Satz 2 (Veröffentlichung der Berichte der Ombudsperson)

Zur Steigerung der Transparenz und zur Stärkung der Patientenrechte berichten die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund nicht nur dem jeweiligen Verwaltungsrat und der jeweiligen Aufsichtsbehörde, sondern veröffentlichen ihren Bericht zudem auf ihrer Internetseite. Die Veröffentlichung erfolgt drei Monate nach Zuleitung des Berichts an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde, damit diese eine gewisse Vorlaufzeit haben, um den Bericht zu prüfen und gegebenenfalls bereits geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

Zu § 279 Absatz 4 Satz 10 und 11 (Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

Die Amtszeit der von den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen gewählten Vertreter im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes wird auf maximal zwei Amtsperioden begrenzt. Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden. Hiermit wird eine regelmäßige Erneuerung aufseiten der Vertreter der Selbstverwaltung der Krankenkassen gefördert und die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste gestärkt.

Zu § 279 Absatz 6 Satz 2 (Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

Die Unvereinbarkeit der Mitgliedschaft in dem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder eines Krankenkassenverbandes mit einer Mitgliedschaft in dem Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes wird aufgehoben. Dies erleichtert es den Verwaltungsräten der Krankenkassen, Vertreter mit Erfahrung und Expertenwissen in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes zu entsenden.

An die Stelle dieser Unvereinbarkeit tritt die Regelung, dass für den Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes nicht wähl- oder benennbar ist, wer gleichzeitig mehr als ein anderes Ehrenamt in einem Verwaltungsrat, einer Vertreterversammlung oder einem sonstigen Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehat. Versicherungsträger sind nach § 29 Absatz 1 des Vierten Buches die Träger der Sozialversicherung, sodass nicht nur die Träger der Kranken- und Pflegeversicherung, sondern etwa auch der Rentenversicherung und der Unfallversicherung mit umfasst sind. Dieses Verbot einer Ämterhäufung für Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes vermindert das Risiko eines Interessenkonflikts und stärkt dadurch die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste.

Dies gilt über den Verweis in § 282 Absatz 2 Satz 6 auch für den Medizinischen Dienst Bund.

Zu § 279 Absatz 7 Satz 6 (Vorstand des Medizinischen Dienstes)

Durch den Verweis auf § 35a Absatz 3 des Vierten Buches wird die Regelung übernommen, dass der Vorstand hauptamtlich tätig ist und eine Amtszeit von bis zu sechs Jahren hat, wobei eine Wiederwahl möglich ist. Durch die Befristung der Amtszeit des Vorstandes, die bereits für die Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und künftig für den Medizinischen Dienst Bund gilt, wird nun ein Gleichlauf mit den Amtsperioden der Vorstände all dieser Körperschaften des öffentlichen Rechts hergestellt. Diese Regelung erlaubt es dem Verwaltungsrat, sein organschaftliches Recht zur Wahl des Vorstandes nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 in regelmäßigen Abständen auszuüben.

Zu § 282 Absatz 2 Satz 5neu (Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund)

Es wird geregelt, dass die Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste auf Landesebene auch nach dem Verfahren durchgeführt werden kann, dass die Stimmen der einzelnen Vertreter durch eine von der entsprechenden Vertretergruppe des jeweiligen Medizinischen Dienstes zu entsendende Person nach Weisung des jeweiligen Vertreters bei der Wahl abgegeben werden kann. Dieses Verfahren bietet im Vergleich zu einer Vollversammlung aller Mitglieder der Verwaltungsräte von

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

aktuell 15 Medizinischen Diensten eine deutlich höhere Praktikabilität und schont die Ressourcen der Medizinischen Dienste.

Zu § 282 Absatz 2 Satz 7 (Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

Die Amtszeit der Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund wird parallel zur entsprechenden Regelung für die Medizinischen Dienste auf maximal zwei Amtsperioden begrenzt. Auch hier darf nur einmalig wiedergewählt werden, wer bereits im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Mitglied ist.

Zu § 282 Absatz 2 Satz 9 (Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

Die Unvereinbarkeit der Mitgliedschaft in dem Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mit der Mitgliedschaft im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund wird im Hinblick auf dessen Aufgabe zum Erlass der Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste vorgegeben. Dies wird durch den neuen § 282 Absatz 2 Satz 9 geregelt.

Zu § 282 Absatz 4 Satz 5 bis 7 (Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund)

Da die Amtszeit der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund auf 6 Jahre begrenzt ist, wird die Regelung zu Vergütungserhöhungen an diejenige bei den übrigen Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene angeglichen, für die ebenfalls eine vergleichbare Amtszeitbegrenzung gilt.

Zu § 282 Absatz 4 Satz 4 und 8 (Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu § 283 Absatz 2 Satz 1 (Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund)

Der Einschub dient der Klarstellung, dass der Medizinische Dienst Bund beim Erlass der Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht, das für die Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste von zentraler Relevanz ist, zu beachten hat. Darüber hinaus ist beim Erlass der Richtlinien selbstverständlich auch das sonstige geltende Recht einzuhalten. Das Leistungsrecht umfasst die Regelung der Ansprüche der Versicherten gegen die Krankenkassen und ist im Dritten Kapitel des Fünften Buches normiert. Das Leistungserbringungsrecht regelt die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern und umfasst auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das Leistungserbringungsrecht ist insbesondere im Vierten Kapitel des Fünften Buches geregelt.

Der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nimmt für die Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach § 283a – wie im geltenden Recht – auch weiterhin die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr. In dieser Funktion hat er bereits bei der Erarbeitung der Fachentwürfe für die Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten sowie zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung fachlich mitgewirkt, die nach geltendem Recht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlassen hat. Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass neben den Medizinischen Diensten auch der Sozialmedizinische Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See bei der Erarbeitung der vom Medizinischen Dienst Bund zu erlassenden Richtlinien fachlich beteiligt wird.

Zu § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 (Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund)

Um auch im Hinblick auf die Bestellung, das Verfahren bei der Aufgabenwahrnehmung insbesondere hinsichtlich der Unabhängigkeit vom Medizinischen Dienst und die Vergütung der von jedem Medizinischen Dienst nach § 278 Absatz 3 zu bestellenden Ombudsperson für eine einheitliche Regelung Sorge zu tragen, wird der MD Bund beauftragt, auch Richtlinien zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson zu erlassen.

Zu § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 (Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund)

Bei Richtlinien, die die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte berühren, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene die Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Daher werden neben der Bundesärztekammer, der bereits im Gesetzesentwurf ein Recht zur Stellungnahme zugebilligt wird, auch die auf Bundesebene bestehenden Kammern der Psychotherapeuten und der Zahnärzte in den Kreis der anhörungsberechtigten Stellen aufgenommen.

Zu § 283a Absatz 1 Satz 2neu (Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)

Die Änderung stellt klar, dass nicht nur – wie bereits nach geltendem Recht – die Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund (§ 283 Absatz 2 Satz 5) für den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verbindlich sind, sondern auch die neu hinzugekommenen Aufgaben des Medizinischen Dienstes wie insbesondere die Berichtspflicht nach § 278 Absatz 4 oder die Bestellung einer Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 für den SMD verpflichtend sind. Die für den SMD von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu bestellende Ombudsperson berichtet der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Zu § 283a Absatz 2 Satz 4 (Beirat des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)

Die Änderung stellt eine Folgeregelung zur Einbeziehung der Patientenverbände in den Beirat beim Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See dar. Bei den sechs in der Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung und den vier in der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Verbänden ergeben sich Überschneidungen, weil ein Verband in beiden Verordnungen benannt wird. Insoweit ist eine Erweiterung des Beirates von sechs auf neun Vertreter notwendig und ausreichend, um das von den Verbänden vertretene unterschiedliche Spektrum an Interessen im Beirat abzubilden.

Zu Nummer 29a

Im Bereich der Heilmittel gibt es auf Grund des Abschlusses der Verträge auf Bundesebene keine Rahmenempfehlungen mehr. Gleichwohl sind in den Verträgen auf Bundesebene nach § 125 Absatz 2 Nummer 1 einheitliche Regelungen für die Abrechnung der Preise der einzelnen Leistungspositionen zu regeln, so dass die Maßgeblichkeit bei Abweichungen von den Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 auch für die Verträge nach § 125 festzulegen ist.

Zu Nummer 29b (Ausübung des Krankenkassenwahlrechts)

§ 304 Absatz 2 regelt die Mitteilungspflichten der bisher zuständigen Krankenkasse im Fall eines Wechsels der Krankenkasse. Im Hinblick auf die Übermittlung der für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 ist eine Übermittlungsverpflichtung angezeigt, um eine vollständige und lückenlose Ermittlung der Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) auf diesem Wege zu ermöglichen und die Versicherten davon zu entlasten, ihre Versicherungszeiten bei Eintritt in die KVdR nachweisen zu müssen. Daher werden die Wörter „auf Verlangen“ gestrichen. Durch die Änderung wird die bisher zuständige Krankenkasse nunmehr gegenüber der neuen Krankenkasse auch zur Übermittlung der zur Fortführung des Versichertenverzeichnisses nach § 288 erforderlichen Angaben verpflichtet. Darüber hinaus sind auch die für die Gewährung von Leistungen erforderlichen Daten nach § 292 zu übermitteln, um beispielsweise einen bestehenden Krankengeldanspruch lückenlos zu gewähren. Der bisher verwendete Begriff „mitzuteilen“ wird durch den in sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften üblicheren Begriff „zu übermitteln“ ersetzt, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung verbunden ist.

Zu Nummer 29c Buchstabe a (Übergangsregelung Vergütung Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund)

Die Übergangsregeln in § 326 Absatz 1 zu den zum 10. Mai 2019 geänderten gesetzlichen Rahmenvorgaben für die Vergütung des Führungspersonals der Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene sind nur noch für den amtierenden Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter von Bedeutung, für die nach § 327 Absatz 2 Satz 1 bis zum 30. Juni 2021 die bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Vorschriften fortgelten. Durch die Einfügungen wird klargestellt, dass die Übergangsregelung auf diese alten Vorschriften Bezug nimmt.

Zu Nummer 29c Buchstabe b

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Das Verbot von Vergütungserhöhungen bis Ende 2027, das nach § 326 Absatz 2 Satz 1 für den derzeitigen Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und seinen Stellvertreter gilt, soll auch auf die künftigen Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund Anwendung finden. Zu diesem Zweck wird der Verweis auf § 282 an die neue Rechtslage angepasst sowie der geänderten Amtsbezeichnung und der Amtszeitbegrenzung Rechnung getragen.

Zu Nummer 30

Zu § 327 (Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

Zu § 327 Absatz 1 Satz 2

Da nach der Konstituierung der neuen Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste diese zunächst parallel zu den amtierenden Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bestehen, soll klargestellt werden, dass letztere bis zum Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 die Aufgaben des Verwaltungsrates erfüllen, etwa die verbindliche Aufstellung eines Haushaltsplanes für das Folgejahr. Der neu konstituierte Verwaltungsrat erlässt bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich seine zukünftige Satzung und übernimmt die Aufgaben des Verwaltungsrates erst nach dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 1 Satz 4 in vollem Umfang.

Zu § 327 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz

Dieselbe Klarstellung wie in Buchstabe a erfolgt bezüglich des amtierenden Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des neu konstituierten Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund. Für den von der Formulierungsänderung mitbetroffenen Spitzenverband Bund der Krankenkassen ändert sich inhaltlich nichts, da dieser als juristische Person ohnehin durch seine Organe handelt.

Zu § 327 Absatz 2 Satz 1 und 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Frist zur Konstituierung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste in § 328 Absatz 1 Satz 1.

Zu § 327 Absatz 2 Satz 1

Die Ergänzung der Übergangsregelung für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen stellt klar, dass das Verbot von Vergütungserhöhungen für den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter nach § 326 Absatz 2 Satz 1 auch nach Inkrafttreten der Neuregelung für die Übergangsphase fort gilt.

Zu § 327 Absatz 3 Satz 2

Absatz 3 Satz 2 enthält eine Klarstellung, dass die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in dem nach § 328 Absatz 1 Satz 4 bekanntgemachten Zeitpunkt aufgelöst werden, in dem die neu konstituierten Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste ihre Arbeit in vollem Umfang, das heißt nicht nur bezogen auf den Erlass ihrer zukünftigen Satzung, aufnehmen. Dasselbe gilt für den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4.

Zu § 328 Absatz 1 (Vorstand des Medizinischen Dienstes)

Der Vorstand bedarf als Organ des Medizinischen Dienstes einer entsprechenden Legitimationsgrundlage, die er aus der gesetzlich vorgegebenen Wahl durch den Verwaltungsrat erhält. Es ist zudem ein organschaftliches Recht des Verwaltungsrates nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6, den Vorstand zu wählen. Jedoch ist es insbesondere in der Phase der Umstellung wichtig, während des Wechsels der Verwaltungsräte und der Einarbeitungszeit des neuen Verwaltungsrates eine Kontinuität in der Geschäftsführung sicherzustellen.

Daher wird mit Wirkung bis zum 31. Dezember 2021 fingiert, dass der amtierende Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und sein Stellvertreter durch den neu konstituierten Verwaltungsrat als Vorstand gewählt sind. Der Vorstand wird nach dieser die Umwandlung begleitenden Übergangsfrist von zwei Jahren nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes bzw. sechs Monaten nach Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes erstmals tatsächlich durch den Verwaltungsrat gewählt.

Zu § 328 Absatz 1 Satz 1 (Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Durch die Änderung wird die Frist, bis zu der die zuständige Landesbehörde die zu benennenden Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes jeweils benannt haben muss, um sechs Monate verlängert. Dies ermöglicht es den Landesbehörden, die in dieser Frist gesetzlich geforderten Akte zur Benennung fristgerecht umzusetzen. Dies ist zunächst nach § 279 Absatz 5 Satz 3 und 4 die Regelung des Verfahrens der Übermittlung und Bearbeitung der Vorschläge von zu benennenden Personen sowie der Anerkennung der vorschlagsberechtigten Organisationen und Verbände. Im Folgenden muss das Vorschlags- und Benennungsverfahren jeweils mit angemessenen Fristen durchgeführt werden. Für die Erfüllung dieser Aufgaben ist eine Frist von einem Jahr vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zur Benennung der Mitglieder daher angemessen.

Zu § 328 Absatz 1 Satz 2 (Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes)

Die Änderung dient der Klarstellung, dass die Satzung des Medizinischen Dienstes von dessen nach § 328 Absatz 1 neu besetzten Verwaltungsrat erlassen wird und nicht von dem zu diesem Zeitpunkt noch amtierenden Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Zu § 328 Absatz 1 Satz 4 (Neukonstituierung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes)

Die Änderung dient der Klarstellung, dass der Zeitpunkt der Umstellung der Ablauf des Monats sein soll, in dem die Genehmigung der Satzung erfolgt ist, und nicht der Ablauf des darauf folgenden Monats.

Zu § 328 Absatz 1 Satz 2 und 3

Als Folgeänderung zur Änderung gemäß § 328 Absatz 1 Satz 1 müssen auch die Fristen zum Erlass der Satzung durch den Verwaltungsrat und zur Genehmigung der Satzung durch die zuständige Landesbehörde sechs Monate später enden.

Zu § 328 Absatz 3 Satz 3 und 4

Als Folgeänderung zu gemäß § 328 Absatz 1 Satz 1 ist auch der Schutz der Arbeitnehmer und Auszubildenden vor Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und vor ordentlichen oder betriebsbedingten Kündigungen um sechs Monate zu verlängern.

Zu § 328 Absatz 5 Satz 2 und Satz 9

Auch die Fristen zur Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, zum Erlass der Satzung durch den Verwaltungsrat und zur Genehmigung der Satzung durch das Bundesministerium für Gesundheit sind als Folgeänderung zur Änderung gemäß § 328 Absatz 1 Satz 1 um sechs Monate zu verlängern.

Zu § 328 Absatz 5 Satz 3 bis 8neu (Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund, Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund)

Für die erste Wahl des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund wird das Wahlverfahren näher geregelt. Gewählt wird gemäß Satz 2 nach den Vorgaben des § 282 Absatz 2, also getrennt nach Vertretergruppen und mit den jeweiligen Stimmgewichten nach § 282 Absatz 2 Satz 4 sowie der gleichgewichtigen Besetzung mit Frauen und Männern nach § 282 Absatz 2 Satz 7 i. V. m. § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 8. Letzteres hat zur Folge, dass jedes Mitglied einer Vertretergruppe zwei Stimmen abgibt; jeweils eine Stimme für einen weiblichen und einen männlichen Kandidaten. Da für diese erste Wahl des Verwaltungsrates noch keine Satzung besteht, in der das Verfahren geregelt wird, werden die Vorgaben für diese Wahl gesetzlich konkreter festgeschrieben.

Es wird geregelt, dass der amtierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vorschläge für Kandidaten von den vorschlagsberechtigten Gruppen erbittet und sammelt und für jede Vertretergruppe nach § 279 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 eine Liste mit weiblichen und eine mit männlichen Kandidaten erstellt. Die jeweiligen beiden Listen der Kandidaten für die Vertretergruppe sendet er den entsprechenden Vertretergruppen in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste vor der Wahl zu, zu der er auch lädt. Jede Vertretergruppe eines Medizinischen Dienstes entsendet zu dieser Wahl einen Vertreter, der die beiden Stimmen eines jeden Mitglieds der Vertretergruppe aufnimmt und entsprechend der Weisungen des Mitglieds bei der Wahl abgibt. Bei der Wahl gilt der Mehrheitsgrundsatz, nach dem die Kandidaten gewählt sind, die die meisten Stimmen auf sich vereinigen. Sollte eine für die Belegung der zur Verfügung stehenden Sitze im Verwaltungsrat entscheidende Stimmgleichheit auftreten, entscheidet das Los.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Es wird klargestellt, dass der amtierende Vorsitzende des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auch zur konstituierenden Sitzung des neuen Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund lädt. Es wird damit auch ein Gleichlauf mit der Regelung in Absatz 1 Satz 5 für die Medizinischen Dienste auf Landesebene geschaffen. Es ist zudem vorgesehen, dass er die Wahl der oder des neuen Vorsitzenden und der oder des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund leitet.

Zu § 328 Absatz 5 Satz 9

Die Fiktion der Wahl des amtierenden Geschäftsführers und seines Stellvertreters als Vorstand durch den neu konstituierten Verwaltungsrat gilt über den Verweis in Absatz 5 Satz 5 auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Frist, für die diese Fiktion gilt, wird für den Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und seinen Stellvertreter um sechs Monate verlängert, da auch der Zeitpunkt des Übergangs des Verwaltungsrates hier ein halbes Jahr später erfolgt.

Zu Artikel 3

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a (Anpassung der Sachkostenkorrektur)

Mit der Änderung wird die inzwischen abgelaufene Frist aus dem Jahr 2016 für die erstmalige Vereinbarung der Rahmenbedingungen für die Sachkostenkorrektur gestrichen.

Die weitere Änderung ist eine Folge der Einführung der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung durch das Pflegebudget und der Ausgliederung dieser Kosten aus der Fallpauschalenvergütung. Es wird geregelt, dass die Sachkostenkorrektur, mit der eine systematische Übervergütung der Sachkosten vermieden wird, ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung erfolgt. Die abgesenkten Sachkostenanteile sind daher ausschließlich den mit den Fallpauschalen vergüteten Kosten zuzuordnen, d. h. insbesondere den Personalkosten ohne die Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Hierdurch erfolgt eine finanzierungsneutrale Umsetzung der Sachkostenkorrektur, ohne dass dem Krankenhausbereich Mittel entzogen oder zugeführt werden. Die angepasste Sachkostenkorrektur ist nach Inkrafttreten des Gesetzes, d. h. erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 anzuwenden.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen entsprechen dem Gesetzentwurf.

Nummer 2

Zu Buchstabe b (Präklusion von Einwendungen und Tatsachenvortrag)

Doppelbuchstabe bb Nummer 6 und 7

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen infolge der Änderung in Doppelbuchstabe cc zu den zu vereinbarenden Inhalten der Prüfverfahrensvereinbarung.

Doppelbuchstabe bb Nummer 8

Durch die Änderung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, in der Prüfverfahrensvereinbarung auch das Nähere zum Verfahren der einzelfallbezogenen Erörterung von Meinungsunterschieden hinsichtlich der Rechtmäßigkeit einer Krankenhausabrechnung zu regeln. Die inhaltlichen Vorgaben für diesen Teil der Vereinbarung werden im neuen Satz 4 des Absatzes 2 geregelt.

Doppelbuchstabe bb Satz 3

Der neue Satz 4 des Absatzes 2 enthält die inhaltlichen Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene ihrer Vereinbarung zum Verfahren der einzelfallbezogenen Erörterung zu Grunde zu legen haben. Diese verfahrensrechtlichen Vorgaben sind erforderlich, weil in einem anschließenden gerichtlichen Verfahren solche Einwendungen und Tatsachenvortrag ausgeschlossen sind, die im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung nicht geltend gemacht worden sind. Aus diesem Grund ist das Verfahren der einzelfallbezogenen Erörterung so auszugestalten, dass der Rechtsschutz der Krankenkassen und der Krankenhäuser nicht wesentlich erschwert wird. Zu den

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

festzulegenden Regelungen gehören insbesondere Form- und Fristvorgaben für die Geltendmachung von Einwendungen und Tatsachenvortrag, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind. Die Ausgestaltung dieser Fristbestimmungen durch die Vertragspartner muss dem Gebot effektiven Rechtsschutzes gerecht werden. Darüber hinaus haben die Vertragsparteien auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen eine unterbliebene Geltendmachung von Einwendungen und Tatsachenvortrag auf Grund unverschuldeten Nichtvorbringens bei der Erörterung gleichwohl zu berücksichtigen ist. Schließlich sind die Ergebnisse der Erörterung und die in ihrem Rahmen geltend gemachten Einwendungen und der geltend gemachte Tatsachenvortrag in geeigneter Weise zu dokumentieren, da nur hierdurch die angestrebte Entlastung der Sozialgerichte erreicht werden kann. Andernfalls wäre eine zeitaufwendige und streitanfällige Prüfung durch das Gericht erforderlich, welche Einwendungen und welcher Tatsachenvortrag bereits vorgebracht worden sind und daher der gerichtlichen Entscheidung zu Grunde zu legen sind. Mit der Vorgabe für die Vertragspartner, die Verfahrensregelungen über die einzelfallbezogene Erörterung bis 30. Juni 2020 zu vereinbaren, wird sichergestellt, dass zeitnah die Neuregelungen des Abrechnungsverfahrens umgesetzt sowie die Entlastung der Sozialgerichte erreicht werden kann.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelungen sind teilweise redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderungen unter Buchstabe a. Des Weiteren wird geregelt, dass auch bei nicht fristgerechter Umsetzung von Vorgaben in der Prüfverfahrensvereinbarung durch die Vertragspartner eine Entscheidung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 erfolgt.

Zu Buchstabe c

Absatz 2b (Präklusion von Einwendungen und Tatsachenvortrag)

Die Regelung dient der vorgerichtlichen Klärung bestehender Abrechnungsstreitigkeiten und soll zur Entlastung der Sozialgerichte beitragen. Den Parteien obliegt, alle Einwendungen sowie Tatsachen gegen die Krankenhausabrechnung und gegen das Prüfergebnis des MD bereits im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung vorzubringen, da sie andernfalls im Falle eines gerichtlichen Verfahrens mit diesem Vorbringen präkludiert sind. Angesichts der anhaltend hohen Zahl sozialgerichtlicher Streitverfahren im Zusammenhang mit strittigen Krankenhausabrechnungen ist eine derartige Präklusionsregelung aus Gründen der Verfahrenskonzentration und Verfahrensbeschleunigung sowie zur Sicherung der Funktionsfähigkeit der Rechtspflege erforderlich. Nach Erhebungsdaten des Bundesrechnungshofs hat die Zahl der sozialgerichtlichen Verfahren wegen strittiger Krankenhausabrechnungen im Jahr 2015 den Höchststand von 7.850 Verfahren für den Betrachtungszeitraum seit 2012 erreicht. Ausweislich der Veröffentlichungen der Justizverwaltungen und der Sozialgerichte der Länder ist die Anzahl der Streitigkeiten seit Ende 2018 weiter angestiegen. Um eine wirksame Entlastung der Sozialgerichte zu erreichen, ist es den Krankenkassen und den Krankenhäusern zumutbar, dass im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung schuldhaft nicht fristgemäß geltend gemachte Einwendungen und Tatsachenvortrag im gerichtlichen Verfahren präkludiert sind. Die in der Verfahrensregelung nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 vorgesehene Frist für die Geltendmachung von Einwendungen und Tatsachenvortrag beginnt erst mit dem Inkrafttreten dieser Verfahrensregelung zu laufen, damit in den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Regelung bereits laufenden Verfahren keine ungewollte Verkürzung dieser Frist eintritt. Ohne eine entsprechende Regelung wäre nicht auszuschließen, dass die einzelfallbezogene Erörterung in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen nur der Form halber durchgeführt wird, um die Voraussetzungen für die Anrufung des Sozialgerichts zu erfüllen. Die Pflicht, die Einwendungen und Tatsachen schriftlich oder elektronisch der anderen Seite zu übermitteln, dient dazu, eine einvernehmliche Beilegung der Abrechnungsstreitigkeit zwischen den Parteien zu erzielen und soll es den Sozialgerichten erleichtern, die Voraussetzungen der Präklusion anhand des dokumentierten Inhalts der Erörterung zu prüfen.

Zu Buchstabe f (Uneingeschränkte gerichtliche Überprüfung der Entscheidung einer Schlichtungsperson)

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf**.**

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung dient dazu, Krankenhäusern und Krankenkassen einen stärkeren Anreiz zu bieten, gemeinsam Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen. Bislang wird diese Möglichkeit von den beteiligten Parteien nur wenig genutzt. Einer der wesentlichen Gründe dürfte in der nur eingeschränkten gerichtlichen Überprüfbarkeit der Entscheidung der Schlichtungsperson zu sehen sein. Da ein Verstoß gegen die öffentliche Ordnung nur in eng

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

begrenzten Fällen anzunehmen ist, sehen die beteiligten Parteien vielfach davon ab, überhaupt erst Schlichtungspersonen auf Landesebene zu bestellen. Um eine Entlastung der Sozialgerichte zu erreichen und den beteiligten Parteien zu ermöglichen, durch Bestellung einer Schlichtungsperson eine schnelle und kostengünstige Entscheidung herbeizuführen, wird die gerichtliche Überprüfungsmöglichkeit einer Entscheidung der Schlichtungsperson künftig ohne die Voraussetzung eines Verstoßes gegen die öffentlich Ordnung gewährt.

Zu Buchstabe h (Elektronische Direktabrechnung von Krankenhausabrechnungen für Beihilfeträger)

Die Regelung schafft die Rechtsgrundlage für die maschinenlesbare Übermittlung der Daten nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auch an Stellen, die für die Festsetzung von Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften wie insbesondere nach § 51 Bundesbeihilfeverordnung Festsetzungsstellen zuständig sind. Voraussetzung ist auch hier, dass die einzelne beihilfeberichtigte oder berücksichtigungsfähige Person Gebrauch von der Möglichkeit der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und dem Beihilfeträger als weiteren Kostenträger macht und ihr Einverständnis zur Datenübermittlung an die Festsetzungsstelle erklärt hat. Ebenso wie im Bereich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung benötigen auch die Festsetzungsstellen die Daten nach § 301 SGB V, die für die Entwicklung des DRG-Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes maßgeblich sind. Auf das Erfordernis eines besonderen Nachweises der Einwilligung wie die Schriftform kann in Konsequenz zum Zweiten Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU (2. DSAnpUG-EU, vgl. zur Begründung Drucksache des Deutschen Bundestages 19/4674, Zu Artikel 29 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), Zu Nummer 1, S. 249) weiterhin Abstand genommen werden.

Aus den gleichen Gründen kann in Satz 4 auf die Anordnung der Schriftform zur Erteilung der Einwilligung verzichtet werden.

Die Streichung des bisherigen Satzes 5 zum Widerruf der Einwilligung erfolgt, da sich das Widerrufsrecht unmittelbar aus Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S.2) ergibt. Durch die Streichung ergeben sich keine Einschränkungen der Rechte der betroffenen Person. Diese kann ihre Einwilligung weiterhin jederzeit widerrufen.

Zu Buchstabe i Absatz 6 Satz 4 (Ausschluss Daten zu einzelfallbezogenen Erörterungen für die Jahresstatistik 2019)

Die im Jahr 2020 für das Jahr 2019 vorgesehene jährliche Statistik kann keine Angaben zu einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b enthalten, da diese erst ab dem Jahr 2020 gesetzlich vorgesehen sind. Für die erste Datenlieferung und Veröffentlichung wird daher ein Ausschluss ergänzt. Die Anzahl und die Ergebnisse der Nachverfahren sind dagegen bereits erstmals im Jahr 2020 für das Jahr 2019 zu erheben.

Zu Nummer 3 (Geltung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene)

Zu § 19

Zu Absatz 4 Satz 3

Die Änderung von § 19 Absatz 4 Satz 3 soll verhindern, dass der Zeitpunkt der Rechnungsstellung in Abhängigkeit von dem Inhalt einzelner Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene gestaltet wird. Daher wird für die grundsätzliche Geltung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene anstelle des Datums der Krankenhausabrechnung auf das Datum der Krankenhausaufnahme abgestellt. Es bleibt ferner dabei, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses zudem für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen zu Grunde zu legen sind, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst sind.

Zu Absatz 6

Vorgaben zur Geltung von Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene erfolgen durch den neu gefassten § 19 Absatz 4 Satz 3. Vor diesem Hintergrund wird Absatz 6 vereinfacht. Absatz 6 gibt unverändert vor, dass Entscheidungen des Schlichtungsausschusses zu veröffentlichen sind und für die Anwender im Krankenhausbereich als Kodierregeln gelten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 4

Nummer 1

§ 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 (Klarstellung, dass nicht nur Dolmetscher für visuell wahrnehmbare Gebärdensprache erfasst sind)

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Regelung nicht nur die Leistungen von Dolmetschern für visuell wahrnehmbare Gebärdensprache umfasst, sondern auch diejenige von Dolmetschern für taktil wahrnehmbare Gebärdensprache und von Schriftdolmetschern. Sie gilt darüber hinaus auch für die von taubblinden Menschen benötigte Dolmetscherassistenz über taktile Gebärden oder Lormen.

Nummer 2 Buchstabe c (Verlängerung des Hygieneförderprogramms)

Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm soll die Krankenhäuser bei der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzrechts unterstützen. Der Förderzeitraum, der Ende 2019 beziehungsweise zum Teil auch erst 2023 auslaufen würde (hinsichtlich der Beratungsleistungen nach Satz 1 Nummer 3), wird teilweise um drei Jahre bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert Zur Förderung eines sachgerechten Einsatzes von Antibiotika wird das Programm um einen zusätzlichen Förderschwerpunkt im Bereich der Antibiotika-Therapieberatung erweitert.

Satz 1 regelt die Förderung der personellen Ausstattung für den Bereich der Krankenhaushygiene und die Förderung von Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich und entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Satz 1, wobei die Laufzeit der Förderung teilweise über das Jahr 2019 hinaus um drei Jahre bis zum Jahr 2022 verlängert wird. Zwar gelten nach den auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erlassenen Landesverordnungen Anforderungen an die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal, zu denen ab dem Jahr 2020 in den Verordnungen gemäß § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 IfSG keine Übergangsregelungen mehr vorgesehen sind. Da aber die Qualifikation von entsprechendem Hygienefachpersonal in den Ländern nicht in dem erwarteten Umfang stattgefunden hat, wird auf dem Arbeitsmarkt voraussichtlich auch nach dem 31. Dezember 2019 qualifiziertes Fachpersonal noch nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen, um den Bedarf der Einrichtungen voll zu decken. Es ist daher sachgerecht, die Förderung in den Bereichen, in denen weiterhin Mangel besteht, fortzusetzen. Der Satzteil vor der Aufzählung wird sprachlich neu gefasst. Der Satzteil vor der Aufzählung nennt außerdem keinen regelhaften Förderzeitraum mehr, da die jeweiligen Förderzeiträume nun bei den einzelnen Fördertatbeständen geregelt werden.

Nummer 1 regelt, welche Neueinstellungen, Stellenbesetzungen und Aufstockungen gefördert werden können.

Buchstabe a regelt die Förderung in Bezug auf Hygienefachkräfte und entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Buchstaben a. Diese Förderungsmöglichkeit wird nicht verlängert und läuft somit wie vorgesehen mit Ablauf des Jahres 2019 aus. Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2018 hat gezeigt, dass in diesem Bereich die Anforderungen weitestgehend erreicht wurden. Aus diesem Grund wird diese Förderung nicht fortgesetzt. Die frei werdenden finanziellen Kapazitäten werden insbesondere zur Förderung des Bereiches ABS verwendet. Die Buchstaben b bis d regeln die Förderung in Bezug auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung (Buchstabe b) sowie die Förderung in Bezug auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene (Buchstabe c und d). Abweichend von den bisherigen Regelungen wird die Förderung hier um drei Jahre bis zum Jahr 2022 verlängert. Buchstabe c nennt wie bisher auch Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, damit entsprechende laufende Förderungen fortgeführt werden können. Entsprechende Personalmaßnahmen werden in Buchstabe c aber nur noch erfasst, wenn sie bis zum 31. Dezember 2019 vorgenommen worden sind. Für später erfolgende Personalmaßnahmen gelten geringere Anforderungen. Nach dem neuen Buchstaben d werden nach dem 31. Dezember 2019 erfolgende Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene auch ohne das Vorliegen einer weiteren Fortbildung gefördert. Für die Förderung von nach dem 31. Dezember 2019 erfolgenden Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Personen mit Fortbildung im Bereich ABS gilt der neue Satz 2 Nummer 1

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Buchstabe c, der auf alle Fachärztinnen und Fachärzte mit entsprechender Expertise und nicht nur auf Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker Anwendung findet. Buchstabe e regelt die Förderung in Bezug auf hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte und fasst die Inhalte des bisherigen Buchstaben d und des bisherigen Satzes 2 Nummer 2, der die Fördermöglichkeit entgegen der Angabe des Förderzeitraums bis zum Ablauf des Jahres 2016 begrenzt, zusammen.

Nummer 2 regelt die geförderten Fort- oder Weiterbildungen und entspricht im Wesentlichen der bisherigen Nummer 2. Die Förderung in diesem Bereich wird bis zum Jahr 2022 verlängert.

In Buchstabe a wird die Höhe der jährlichen Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin ab dem Jahr 2020 um 10 000 Euro auf 40 000 Euro erhöht. Außerdem wird geregelt, dass die Anzahl der Facharzt-Weiterbildungen auch dann gefördert wird, wenn sie den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses übersteigt. Um die Inanspruchnahme von Facharzt-Weiterbildungen zu erhöhen, muss sichergestellt sein, dass die Anzahl der Facharzt-Weiterbildungen pro Einrichtung auch über den Eigenbedarf einer Einrichtung hinaus erfolgen kann. Angesichts der wenigen Weiterbildungsstätten und des noch bestehenden Mangels an entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten sollen die Weiterbildungen ohne eine zahlenmäßige Begrenzung erfolgen und gefördert werden können. Die Aussage, dass spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert werden, ersetzt die Ausnahmeregelung für die Weiterförderung bestimmter begonnener Fort- und Weiterbildungen im bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz und verlängert dabei die Frist um drei Jahre.

In Buchstabe b wird die Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie nun ebenfalls über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus ermöglicht. Außerdem wird in Buchstabe b die Regelung aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz über die Weiterförderung bereits begonnener Weiterbildungen integriert und die Frist um drei Jahre verlängert.

Buchstabe c entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Buchstaben c, wobei auch hier die Regelung aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz über die Weiterförderung bereits begonnener Fortbildungen integriert und die Frist um drei Jahre verlängert wird.

Buchstabe d entspricht dem bisherigen Buchstaben d, wobei die Bezeichnung „Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ durch die Bezeichnung „strukturierte curriculare Fortbildung Antibiotic Stewardship (ABS)“ ersetzt wird. Hintergrund für die geänderte Bezeichnung ist, dass für die „Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ mittlerweile ein von der Bundesärztekammer verabschiedetes Curriculum mit dem Titel „strukturierte curriculare Fortbildung ‚Antibiotic Stewardship (ABS)‘“ vorliegt.

Die bisherigen Buchstaben e und f entfallen ersatzlos, so dass die Fortbildung zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt und die Fortbildung zur Hygienefachkraft wie bereits im bisherigen Satz 1 vorgesehen nur bis zum 31. Dezember 2019 gefördert werden.

Nummer 3 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen und entspricht im Wesentlichen der bisherigen Nummer 3, wobei die Ausnahmeregelung über den längeren Förderzeitraum aus dem bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz integriert und dieser Zeitraum um drei Jahre bis zum Jahr 2026 einschließlich verlängert wird.

Satz 2 greift die Tatbestände des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 mit einem verlängertem Förderzeitraum auf und baut sie im Bereich der Antibiotika-Therapieberatung und der Förderung des sachgerechten Einsatzes von Antibiotika, dem sogenannten ABS, zu einem zweiten Schwerpunkt des Förderprogramms aus. Mit ABS sind koordinierte, interdisziplinär abgestimmte Maßnahmen gemeint, die den Einsatz von Antiinfektiva in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz sowie von Daten zu Antibiotikaverbrauch und -resistenz nachhaltig verbessern sollen. Diese sind nötig, da der Anteil an resistenten Erregern bei nosokomialen Infektionen zunimmt und dem sachgerechten Einsatz von Antibiotika bei der Behandlung von Infektionen im Krankenhaus eine zunehmende Rolle zukommt. Vor dem Hintergrund der gestiegenen Anforderungen an den Einsatz von Antibiotika ist die Verfügbarkeit von Teams aus Krankenhaushygienikern, ABS-Kräften und Infektionsmedizinern eine entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention und Behandlung von Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern. Das ABS-Team soll krankenhausweit und abteilungsübergreifend arbeiten. Seine Hauptaufgabe besteht in der Ausarbeitung und Umsetzung eines auf die lokalen Bedürfnisse, die Möglichkeiten und die Situation des Krankenhauses zugeschnittenen ABS-Programms

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

unter Berücksichtigung von Daten zum Einsatz von Antibiotika, zu Infektionserregern und zur Resistenz. Zu den weiteren Aufgaben gehören u.a. auch die Erstellung und Implementierung hausinterner Empfehlungen und Behandlungspfade zur Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der wichtigsten Infektionskrankheiten. Der neue Schwerpunkt knüpft an die im bisherigen Satz 2 bereits bestehenden Fördertatbestände im Bereich Infektiologie an. Neu ist, dass auch die Förderung der Neueinstellung und Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von Fachärztinnen und Fachärzten in diesem Bereich vorgesehen ist. Im Gegensatz zu dem in Satz 1 geregelten Bereich Hygiene, für den es Kommissionsempfehlungen und Vorgaben der Länder nach § 23 Absatz 8 IfSG für die personelle Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal gibt, gibt es für den Bereich des sachgerechten Einsatzes von Antibiotika bislang keine verbindlichen Anforderungen an das Vorhandensein von Personal, das für die Beratung für eine rationale Antibiotikatherapie ausgebildet oder geschult ist.

Nummer 1 regelt in Bezug auf den vorgenannten Bereich die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Fachärztinnen und Fachärzten. Gefördert werden nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, also nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Personalmaßnahmen. Der Förderzeitraum läuft jeweils bis einschließlich 2022.

Nach Buchstabe a werden Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie sowie nach Buchstabe b von Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie jeweils in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Diese klinisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzte mit infektionsmedizinischer Qualifikation besitzen besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der klinischen Diagnostik und Therapie komplexer Infektionen und deren Nachsorge sowie der individuellen Prophylaxe. Die Fachärztinnen und Fachärzte nach Buchstabe a und b sind besonders geschult und qualifiziert, durch infektiologische Konsiliartätigkeit sachgerechte Infektionsdiagnostik und rationale Antiinfektiva-Verordnung auch im komplexen Einzelfall zu sichern, die Umsetzung hausinterner Empfehlungen zu verbessern und ein direktes Feedback an die Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Fachabteilungen zu geben.

Buchstabe c regelt die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen bei Fachärztinnen und Fachärzten als Expertinnen und Experten für ABS mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)". Diese ABS-Experten sollen wie auch die infektiologischen Fachärzte in ABS-Teams tätig sein und eine rationale Antiinfektiva-Verordnung unterstützen. Die Maßnahmen werden in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Diese Regelung greift mit aktualisiertem Wortlaut die Förderung nach dem bisherigen Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c von Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern auf (Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie), die im neuen Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c noch enthalten ist. Buchstabe c erweitert die Förderung personell über Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker hinaus auf alle Fachärztinnen und Fachärzte mit entsprechender Fortbildung und gilt für nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Maßnahmen. Die Fortbildung zur ABS-Expertin oder zum ABS-Experten erfolgt in von den Landesärztekammern anerkannten Kursen zur „strukturierten curricularen Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)" und umfasst derzeit 160 Unterrichtsstunden einschließlich einer zu präsentierenden Abschlussarbeit.

Nummer 2 regelt die Förderung von Fort- und Weiterbildungen und entspricht im Wesentlichen der Regelung des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 Buchstabe a. Der Förderzeitraum wird um drei Jahre verlängert. In der Formulierung wird klargestellt, dass es sich bei dem pauschalen Zuschuss zur Förderung der – etwa einjährigen – Weiterbildung um einen einmaligen Zuschuss handelt.

Nummer 3 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship und entspricht der Regelung des bisherigen Satzes 2 Nummer 1 Buchstabe b mit einer verlängerten Laufzeit. Die Laufzeit der Förderung wird hier zur Angleichung an die in Satz 1 Nummer 3 genannte Laufzeit bis 2026 verlängert.

Satz 3 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Satz 3 und wird aufrechterhalten, damit auch entsprechende noch nicht abgelaufene Förderungen nach Satz 1 Nummer 1 fortgeführt werden können.

Satz 4 regelt Voraussetzungen für die Gewährung einer Förderung für Maßnahmen nach Satz 2 Nummer 1. Die Klinikleitung hat danach schriftlich zu bestätigen, dass die Person klinisch und zu mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit im Bereich Antibiotic Stewardship oder Infektiologie tätig ist. Zudem muss sie nachweisen, dass das

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Personal im Förderzeitraum über das bestehende Beratungsangebot im Bereich ABS informiert wurde, um dessen Inanspruchnahme zu fördern. Der Nachweis kann z. B. durch Vorlage entsprechender Hausinformationen und des Organigramms der Einrichtung mit entsprechenden Informationen erbracht werden.

Der neu eingefügte Satz 6 stellt klar, dass die Förderung von Neueinstellungen, interner Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die zum Jahresende 2019 auslaufende 90 prozentige Förderung der entstehenden Personalkosten von Hygienefachkräften (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a) und die bereits zum Jahresende 2016 ausgelaufene 10 prozentige Förderung der entstehenden Personalkosten von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e) bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 weiterhin finanziert werden und daher bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Finanzierungsbetrags unter Beachtung von Tariferhöhungen erhöhend zu berücksichtigen sind.

Die Sätze 7 bis 9 entsprechen den bisherigen Sätzen 5 bis 7 mit zwei Folgeänderungen bei den Bezugnahmen auf den nunmehrigen Satz 6.

Zu Nummer 4

Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Die Regelung von § 6a Absatz 2 Satz 5 entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (Erhöhung der Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen im Pflegebudget)

Bereits das geltende Recht eröffnet die Möglichkeit, das Pflegebudget um drei Prozent für pflegeentlastende Maßnahmen zu erhöhen. Die Änderung sieht vor, dass die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu vier Prozent erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Die konkrete Höhe ist von den Vertragsparteien vor Ort zu verhandeln. Hierdurch werden die Anreize für einen effizienten Einsatz von Pflegepersonal in der Patientenversorgung und Prozessoptimierungen gestärkt.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit)

Mit der Regelung von § 6a Absatz 2 Satz 9 - neu - wird für den Bereich des Pflegebudgets, das auf der Erstattung der Kosten des Krankenhauses basiert, möglichen Fehlentwicklungen im Hinblick auf die Höhe des Arbeitsentgelts und die Zahlung von Vermittlungsentgelten für die Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus entgegengewirkt. Vor allem ist damit die Fallgruppe der Leiharbeitnehmer im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes angesprochen. Vorgegeben wird, dass bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis die über das tarifvertragliche Arbeitsentgelt des Krankenhauses für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis hinausgehenden Zusatzkosten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Die Kosten für Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus sind damit im Rahmen des Pflegebudgets bis zur Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Arbeitsentgelte für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis berücksichtigungsfähig. Damit sind bei Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus auch die Kosten für die Zahlung von Vermittlungsentgelten und weiteren Entgelten für die Vermittlung (z. B. Provisionen) nicht im Pflegebudget berücksichtigungsfähig.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (Verschiebung des Vorlagetermins für Bestätigung des Jahresabschlussprüfers)

Nach bisherigem Recht haben die Krankenhäuser den Kostenträgern und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Zusammenhang mit dem Pflegebudget bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Vielfach wird diese Frist in der Praxis nicht eingehalten werden können. Nach § 4 Absatz 2 der Krankenhaus-Buchführungsverordnung sollen die Krankenhäuser bis zum 30. April den Jahresabschluss für das Vorjahr aufstellen. Daher wird mit der Änderung von § 6a Absatz 3 Satz 3 die Frist für die Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers bei den Kostenträgern und beim InEK auf den 30. September verschoben.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (Übermittlung der Ist-Daten der pflegebudgetrelevanten Kosten von den Krankenkassen zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems haben die Krankenkassen, die nach § 11 an der Budgetverhandlung teilnehmen, nach § 6a Absatz 3 Satz 5 unverzüglich nach der Vereinbarung des Pflegebudgets die ihnen vom Krankenhaus für die Verhandlung des Pflegebudgets vorgelegten Daten zu den pflegebudgetrelevanten Ist-Kosten an das InEK in elektronischer Form zu übermitteln. Die Krankenhäuser haben nach der von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 geschlossenen Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung den Krankenkassen für die Verhandlung des Pflegebudgets jeweils für das laufende Kalenderjahr und das abgelaufene Kalenderjahr die Ist-Daten zur Herleitung der pflegebudgetrelevanten Kosten vorzulegen. Diese Daten und die hier vorgenommenen Kostenabgrenzungen werden vom InEK im Zusammenhang mit der Plausibilisierung von Kalkulationsdaten benötigt, um Doppelfinanzierungen zu verhindern. Die näheren Einzelheiten zu den von den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nach Satz 5 und zu Maßnahmen im Falle einer nicht oder nicht unverzüglich durch die Krankenkassen erfolgenden Übermittlung hat das InEK im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen. Die Maßnahmen müssen geeignet sein, um eine umfassende und unverzügliche Datenübermittlung der von den Krankenhäusern vorgelegten Daten durch die Krankenkassen zu gewährleisten.

Zu Nummer 5a

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9, die gewährleistet, dass die zusätzlichen Mittel für sämtliche Personaleinstellungen im Rahmen des Hygieneförderprogramms entsprechend der dreijährigen Verlängerung nicht bereits für das Jahr 2020, sondern die Summe der im jeweiligen Land im Jahr 2022 gezahlten Finanzierungsbeträge bei den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2023 erhöhend zu berücksichtigen sind. Soweit zum Zeitpunkt der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2023 im Herbst 2022 die relevanten Finanzierungsbeträge noch nicht abschließend feststehen, sind diese zu schätzen. Entstehende Fehlschätzungen sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr zu berichtigen.

Zu Nummer 7 (Änderung der Höhe der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte)

Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser über tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a. Zur Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte wird der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert. Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 noch nicht berechnet werden kann, ist nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 146,55 Euro zugrunde zu legen. Der Betrag wird mit der entsprechenden tagesbezogenen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs multipliziert, um die tagesbezogenen Pflegeentgelte bis zur Vereinbarung des Pflegebudgets zu ermitteln. Damit werden die bisher im Gesetz festgelegten tagesbezogenen Werte in Höhe von 130 Euro und 65 Euro ersetzt und eine aufwandsgerechtere Zuordnung von Pflegepersonalkosten zu einem Fall ermöglicht. Für die von den Vertragsparteien nach § 11 zu treffenden Vereinbarungen zum Pflegebudget werden dadurch keine Vorfestlegungen zu dessen Höhe getroffen.

Zur Ermittlung des vorläufigen Betrags wurde die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelte Bezugsgröße bei der Kalkulation des Pflegeerlöskataloges für das Jahr 2020, die auf Daten aus dem Jahr 2018 beruht, zugrunde gelegt und mit den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Teilorientierungswerten für Personalkosten für die Jahre 2019 und 2020 fortgeschrieben.

Für krankenhausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte nach § 6, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind nach Satz 2 bei einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets ebenfalls Entgelte unter Anwendung des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltwerts nach Satz 1 abzurechnen. In Abweichung zu Absatz 2 Satz 3 ist hierzu die Höhe der bisherigen krankenhausindividuellen voll- bzw. teilstationären Entgelte um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern. Ziel der Regelung ist es, eine temporäre Doppelfinanzierung der Pflegepersonalkosten auszuschließen. Für krankenhausindividuelle Entgelte, für die im Pflegeerlöskatalog keine Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, sind nach Absatz 2 Satz 3 grundsätzlich die bisherigen Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen keine abweichenden Vereinbarungen treffen.

Die in den Sätzen 1 und 2 festgelegte Berechnungsweise der vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte gilt bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 8 (Weiterentwicklung der Daten nach § 21 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Die Änderung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sieht im Zusammenhang mit der Datenübermittlung zur Anzahl des Pflegepersonals im Krankenhaus ab dem Datenjahr 2019 verschiedene Weiterentwicklungen vor. Neben dem in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen insgesamt beschäftigten Pflegepersonal ist zukünftig auch die Anzahl des darüber hinaus im Krankenhaus insgesamt beschäftigten Pflegepersonals zu erfassen. Dies ist erforderlich, um die Validität der übermittelten Daten im Zusammenhang mit der Ermittlung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser nach § 137j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) prüfen zu können. Dabei ist sowohl die Vollkräftezahl des insgesamt im Krankenhaus beschäftigten Pflegepersonals als auch die Vollkräftezahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals jeweils aufzugliedern nach Berufsbezeichnungen, nach pflegesensitiven Bereichen, nach Standorten und nach Fachabteilungen. Zudem werden Folgeänderungen vorgenommen, die sich daraus ergeben, dass die Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 durch Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 SGB V bzw. durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 137i Absatz 3 SGB V weiterentwickelt werden.

Zu Buchstabe b

Die Übermittlung der differenzierten Strukturinformationen nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e zur Anzahl des beschäftigten Pflegepersonals ist von hoher Bedeutung für die Realisierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V sowie der Untergrenze für die Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser nach § 137j SGB V. Dem Umstand, dass eine umfassende, vollständige und fristgerechte Datenübermittlung der Krankenhäuser insoweit unverzichtbar ist, wird die bestehende fallbezogene Abschlagsregelung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 nicht gerecht und wird nun mit einem deutlich fühlbaren standortbezogenen Abschlagsbetrag in Höhe von mindestens 20 000 Euro je nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgter Übermittlung der Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e Rechnung getragen. Der Mindestabschlagsbetrag von 20 000 Euro ist mit dem Quotienten aus der Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte eines Krankenhausstandorts und der Anzahl der Pflegevollkräfte, für die Daten ordentlich übermittelt wurden, zu multiplizieren. Der Quotient ist zuvor kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. Um einen Abschlagsbetrag ermitteln zu können, ist für Zwecke der Abschlagsermittlung die Zahl der je Krankenhausstandort übermittelten Pflegevollkräfte mindestens mit der Zahl 1 anzunehmen. Die Abschlagsberechnung zielt darauf ab, dass geringe Übermittlungsausfälle im Vergleich zu umfassenden Nichtübermittlungen zu geringeren Erhöhungen des Mindestabschlagsbetrags führen. Die maximale Abschlagshöhe ist auf 500 000 Euro begrenzt. Sofern ein Krankenhaus für einen Standort keine Angaben zur Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte übermittelt, hat die Datenstelle die fehlende Angabe auf der Grundlage der verfügbaren Leistungsdaten des Krankenhauses sachgerecht zu schätzen. Hierzu bieten sich insbesondere die Zahl der erbrachten Krankenhausfälle an dem Krankenhausstandort und weitere vorliegende Informationen zu Krankenhausstandorten an, die vergleichbare Leistungen erbringen. Die Datenstelle erhält die maßgeblichen Informationen, um die jeweilige Höhe des Abschlags nach dem beschriebenen Berechnungsverfahren anhand des krankenhausindividuellen Meldeverhaltens zu bestimmen, und leitet den ermittelten Abschlagsbetrag zur Berücksichtigung an die Vertragsparteien auf Ortsebene weiter.

Zu Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 01 (Herausnahme von Gebärdensprachdolmetscherleistungen)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 2 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes. Für unter § 1 der Bundespflegesatzverordnung fallende Krankenhäuser, also psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen, werden bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung die Kosten für Leistungen von Dolmetschern für visuell und taktil wahrnehmbare Gebärdensprache, von Schriftdolmetschern sowie für Leistungen der von taubblinden Menschen benötigten Dolmetscherassistenz über taktile Gebärden oder Lormen bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung künftig ebenfalls unmittelbar zwischen den Dolmetscherinnen und Dolmetschern und den Leistungsträgern abgerechnet. Damit findet bei der In-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

anspruchnahme von Krankenhausleistungen, unabhängig davon, ob somatische Krankenhäuser oder psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen die Leistungen erbringen, eine einheitliche Vorgehensweise für die Abrechnung dieser Kosten statt.

Zu Nummer 02 (Berücksichtigung von therapeutischem Personal im Gesamtbetrag)

Die Ergänzung in § 3 Absatz 3 Satz 3 Nummer 5 gibt vor, dass Mehrkosten, die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für eine über die Mindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal entstehen, erhöhend im Gesamtbetrag zu berücksichtigen sind. Für dieses Personal gilt die erweiterte Nachweisverpflichtung nach § 18 Absatz 2 Satz 3.

Zu Nummer 3 (Erweiterung der Nachweispflicht über die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA hinaus)

Nach § 18 Absatz 2 haben die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ab dem Jahr 2020 die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 festzulegenden Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen, die bei der Verhandlung des Gesamtbetrags zu berücksichtigen sind. § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 gibt verbindlich vor, dass die Umsetzung der Festlegungen des G-BA in der einzelnen Einrichtung im Rahmen der Budgetverhandlung zu berücksichtigen sind. Ergebnis der in einer nicht abschließenden Aufzählung genannten und zu berücksichtigenden Tatbestände soll ein leistungsorientierter Gesamtbetrag sein. Insofern kann eine über die Mindestvorgaben hinausgehende Vereinbarung von Personal auch ohne das Bestehen konkreter Personalanhaltszahlen für eine angemessene personelle Ausstattung in den Budgetverhandlungen nicht nur getroffen werden, sondern ist im Hinblick auf die Konzipierung der vom G-BA festzulegenden Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal als Mindestvorgaben vielmehr auch angezeigt. Die Verhandlung der von den besonderen Umständen im Einzelfall, beispielsweise den strukturellen oder regionalen Besonderheiten, abhängenden Finanzmittel für die Personalausstattung ist folglich (über die Sicherstellung der Mindestpersonalvorgaben hinaus) den Verhandlungspartnern auf der Ortsebene überlassen. Zur Sicherstellung einer zweckentsprechenden Verwendung aller Mittel, die auf Ortsebene für das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal vereinbart werden, wird die Nachweisverpflichtung in § 18 Absatz 2 Satz 3 erweitert. Infolge der Regelung ist auch für Mittel, die für therapeutisches Personal vereinbart worden sind, das nach Anzahl der Personalstellen über die für die Einhaltung der Mindestvorgaben erforderliche Personalausstattung hinausgeht, die zweckentsprechende Mittelverwendung sicherzustellen und ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

Zu Artikel 7a (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

(Geschlechterquote bei der Wahl der Verwaltungsräte der Krankenkassen)

Die Regelung dient dem Ziel, eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Verwaltungsräten der Krankenkassen zu erreichen. Aktuell liegt der Frauenanteil in den Verwaltungsräten der Krankenkassen zwischen 10,1 Prozent (IKK) und 36,3 Prozent (Ersatzkassen). Auch der Frauenanteil im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands ist sehr niedrig. Mit 15,3 Prozent der ordentlichen Mitglieder und 25,8 Prozent der stellvertretenden Mitglieder sind Frauen derzeit stark unterrepräsentiert. Bei derzeit 46 Prozent berufstätiger Ärztinnen von insgesamt 169 866 Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen sowie bei 72,2 Millionen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und einem allgemeinen Frauenanteil in der Bevölkerung von knapp 50 Prozent besteht somit ein deutlicher Mangel von Frauen in den Vertretungsorganisationen der Krankenkassen. Um aber eine geschlechtersensible Sicht auf Erkrankungen, politische Prozesse und gemeinsame Entscheidungsfindungen sicherzustellen, ist ein ausgewogenes Verhältnis von Männern und Frauen in den Verwaltungsräten erforderlich. Dies soll durch eine Geschlechterquote von 40 Prozent bei den Vorschlagslisten für die Wahl der Verwaltungsräte im Rahmen der Sozialversicherungswahlen erreicht werden.

Die Vorschlagslisten für die Wahl der Verwaltungsräte der Krankenkassen müssen künftig mindestens 40 Prozent Frauen und 40 Prozent Männer enthalten. Die gesetzliche Quote von jeweils 40 Prozent gilt sowohl für die Gruppe der Bewerber und Bewerberinnen, die sich als Mitglied bewerben, als auch für deren Stellvertreter und Stellvertreterinnen. Damit wird auch eine wichtige Grundlage gelegt, um im Ergebnis ein ausgewogeneres und repräsentativeres Verhältnis zwischen Frauen und Männern im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes herzustellen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Im Rahmen der nach dem Koalitionsvertrag geplanten Stärkung der Selbstverwaltung und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen soll eine Regelung zur stärkeren Beteiligung von Frauen in allen Zweigen der Sozialversicherung eingeführt werden. In diesem Zusammenhang kann es ggf. Anpassungsbedarf geben.

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 4 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa (Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen.

Zu Nummer 5 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc (Hinweispflicht der Pflegekasse auf Ombudsperson)

Mit der Änderung in § 275 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wird die Krankenkasse verpflichtet, auf die Möglichkeit des Versicherten, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson zu wenden, hinzuweisen. Diese Verpflichtung mit dem Ziel, die Patientenrechte zu stärken und die Funktionsfähigkeit der Institution Ombudsperson zu fördern, wird im Elften Buch für die Pflegekasse nachvollzogen.

Zu Nummer 10

Die Anpassung zur Familienversicherung in § 10 Absatz 2 Nummer 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch wird auch für die Pflegeversicherung in § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 nachvollzogen.

Zu Nummer 15 § 53c Absatz 3 (Redaktionelle Änderungen und Klarstellung)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, insbesondere auch um Folgeänderungen zur Änderung von § 328 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinsichtlich der Benennung des Zeitpunktes der Umstellung zum Ablauf des Monats, in dem die Genehmigung der Satzung erfolgt ist.

Die Einfügung der Wörter „insbesondere auch“ in Satz 3 dient der Klarstellung, da die danach genannten Vorschriften sich nur auf die Aufgaben beziehen, bei denen die Zuständigkeit geändert wird.

Zu Nummer 15 § 53d Absatz 2 Satz 1 (Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund)

Der Einschub dient der Klarstellung, dass der Medizinische Dienst Bund beim Erlass der Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht, sofern dieses für die Aufgabenerfüllung der Medizinischen Dienste einschlägig ist, zu beachten hat. Darüber hinaus ist beim Erlass der Richtlinien selbstverständlich auch das sonstige geltende Recht einzuhalten.

Zu Nummer 15 § 53d Absatz 3 Satz 1 (Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund)

Der erste Einschub dient der Klarstellung, dass der Medizinische Dienst Bund beim Erlass der Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht, sofern dieses für die Aufgabenerfüllung der Medizinischen Dienste einschlägig ist, zu beachten hat. Darüber hinaus ist beim Erlass der Richtlinien selbstverständlich auch das sonstige geltende Recht einzuhalten. Darüber hinaus wird mit der zweiten Ergänzung sichergestellt, dass bei der Erstellung der in § 53d Absatz 3 genannten Richtlinien das fachliche und praktische Erfahrungswissen der Medizinischen Dienste einbezogen wird. Damit wird eine Anregung des Bundesrates umgesetzt.

Zu Nummer 18 Buchstabe b (Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe, redaktionelle Klarstellung)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen; der Bezug der Benehmensregelung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird klargestellt.

Zu Nummer 19a (Folgeänderung zum Ersatz von Verdienstausfall für Ehrenamtliche im Qualitätsausschuss Pflege)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in § 118 getroffenen Einfügung, nach der ehrenamtlich Tätige, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen im Qualitätsausschuss Pflege und den von ihm eingesetzten Arbeitsgruppen oder anderen Gremien vertre-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ten, neben Reisekosten jetzt auch einen ggf. entstandenen Verdienstausfall ersetzt sowie einen Pauschbetrag ausbezahlt erhalten. Nach § 118 Absatz 1 Satz 7 ist das Nähere in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses Pflege durch die Vereinbarungspartner zu regeln.

Zu Nummer 22 Buchstabe a (Streichung einer nicht mehr aktuellen Datumsangabe, redaktionelle Klarstellung)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Der Bezug der Benehmensregelung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird klargestellt; die Datumsangabe ist nicht mehr aktuell und wird deshalb gestrichen.

Zu Nummer 26 (Ersatz des Verdienstausfalls bei Beteiligung von Ehrenamtlichen im Qualitätsausschuss Pflege)

Buchstabe a

Buchstabe a entspricht dem bisherigen Wortlaut der Nummer 26.

Buchstabe b

Die Regelung ermöglicht, dass ehrenamtlich Tätige, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen im Qualitätsausschuss Pflege und den von ihm eingesetzten Arbeitsgruppen oder anderen Gremien vertreten, neben Reisekosten auch einen ggf. entstandenen Verdienstausfall ersetzt sowie einen Pauschbetrag ausbezahlt erhalten. Die Regelung wird in Anlehnung an die entsprechende Vorschrift für die Beteiligung von sachkundigen Personen im Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 140f Absatz 5 des Fünften Buches) getroffen. Das Nähere zur Geltendmachung der erweiterten Ansprüche regeln wie bisher für die Reisekosten die Vereinbarungspartner – die Vertragsparteien nach § 113, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Betroffenenorganisationen – in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Der bisherige Bezug allein auf Reisekosten in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses Pflege wird gestrichen.

Zu Artikel 13a (Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes)

(Kostenerstattung für die Bundesärztekammer)

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch wurde der Bundesärztekammer (BÄK) in § 13 Absatz 3 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes die Aufgabe übertragen, eine Liste mit Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern und Einrichtungen zu führen, die ihr mitgeteilt haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 des Strafgesetzbuches durchführen. Die Liste wird jeweils aktualisiert zum 1. eines Monats von der BÄK auf ihrer Website veröffentlicht. Sie wird der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben sowie den Ländern so rechtzeitig zur Verfügung gestellt, dass die BZgA ihre Veröffentlichung der Liste zeitgleich mit der Veröffentlichung der BÄK vornehmen kann. Mit dieser Vorschrift zieht der Bund die Verwaltungsaufgabe gemäß Artikel 87 Absatz 3 des Grundgesetzes an sich und beauftragt die BÄK mit der Durchführung. Durch die Übertragung dieser Aufgaben entstehende Aufwendungen werden der BÄK durch den Bund ersetzt. Das Nähere regelt ein Vertrag. Durch die Kostenübernahme entstehen dem Bund zusätzliche Aufwendungen in Höhe von einmalig rund 50 000 Euro und jährlich rund 72 500 Euro (vgl. BT-Drs. 19/7834). Die Aufwendungen werden aus dem Einzelplan des Bundesministeriums für Gesundheit beglichen.

Zu Artikel 14a (Änderungen des Gesetzes zu Übergangsregelungen in den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Soziales und Staatsangehörigkeit nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union)

Bei der Änderung im Gesetz zu Übergangsregelungen in den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Soziales und Staatsangehörigkeit nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 175 SGB V.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 14b (Änderung der Wahlordnung für die Sozialversicherung)

(Geschlechterquote bei der Wahl der Verwaltungsräte der Krankenkassen)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 3

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die für eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Verwaltungsräten der Krankenkassen notwendige Geschlechterquote bei der Aufstellung der Vorschlagslisten im Rahmen der Sozialversicherungswahlen eingehalten wird. Vorschlagslisten, die die Quote nicht einhalten und damit gegen die Vorgabe des § 48 Absatz 6a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch verstoßen, sind ungültig.

Zu Artikel 15 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 2

Die mit dem Änderungsantrag erfolgte Ergänzung des Artikels 1 Nummer 19 erfordert eine Anpassung des Inkrafttretens, da die Aufhebung des § 260 Absatz 5 erst am 1. Januar 2020 in Kraft treten soll.

Zu Absatz 3 des Gesetzentwurfs

Durch die Aufhebung des Artikels 15 Absatz 3 wird erreicht, dass alle Regelungen im Zusammenhang mit der Streichung des 14. Fachsemesters bereits zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Dadurch wird sichergestellt, dass auch Studierende, deren 14. Fachsemester nach dem 1. Januar und vor dem 1. April 2020 endet, nicht mehr für wenige Wochen verwaltungsaufwändig in die freiwillige Krankenversicherung überführt werden müssen, sondern weiter Mitglied in der Pflichtversicherung der Studenten bleiben können.

Zu Absatz 3neu

Damit das Verfahren zum Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse (§§ 53 und 175) für die Mitglieder vereinfacht werden kann, muss ein neues Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen abgestimmt und umgesetzt werden. Daher sollen die Änderungen des § 175 SGB V erst zum 1. Januar 2021 in Kraft treten.

Berlin, den 6. November 2019

Lothar Riebsamen
Berichterstatter

Claudia Moll
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Harald Weinberg
Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.